

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

Katedra psychologie

Oddělení klinické psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Úzkost u dětí a její projevy v kresbě stromu.

Child anxiety and its manifestations in drawing a tree.

Vypracovala: **Kateřina Stříteská**

Vedoucí práce: **PhDr. Jaroslav Šturma**

Praha, 2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze prameny uvedené v seznamu literatury:

Ve Valašském Meziříčí dne 13.7.2006

Barbora Vojtová

Děkuji vedoucímu své diplomové práce PhDr. Jaroslavu Šturmovi za vstřícný přístup a laskavé konzultace k mé práci.

Obsah:

Prohlášení

I. ÚVOD	6
II. 1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 <u>Úzkost a strach</u>	8
1.1.1 Příznaky úzkosti	10
1.1.2 Biologické základy úzkosti	12
1.2 <u>Vývoj úzkosti u dětí</u>	14
1.2.1 Úzkost v raném dětství	15
1.2.2 Úzkost v předškolním věku	17
1.2.3 Úzkost ve školním věku dítěte	19
1.2.4 Úzkost v dospívání a adolescenci	20
1.3 <u>Úzkostné poruchy v klinické praxi</u>	23
1.3.1 Fobické úzkostné poruchy (F40)	24
1.3.2 Jiné úzkostné poruchy (F41)	26
1.3.3 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43).....	29
1.3.4 Úzkost v poruchách osobnosti	30
1.3.5 Úzkost ve vztahu k ostatním poruchám	32
1.3.6 Specifické úzkostné poruchy v dětství	33
1.4 <u>Možnosti diagnostiky úzkosti</u>	37

1.5 <u>Dětská kresba a její přínos pro diagnostiku</u>	40
1.5.1 Specifika dětské kresby	40
1.5.2 Dětská kresba v diagnostice	41
1.7 <u>Test stromu</u>	44
 2. PRAKTICKÁ ČÁST	51
2.1. <u>Záměr práce</u>	52
2.2 <u>Charakteristika souboru</u>	53
2.3 <u>Administrace</u>	55
2.4 <u>Přehled výsledků a jejich interpretace</u>	56
 3. DISKUSE	63
 III. ZÁVĚR	66
Resumé	69
Abstract	70
Literatura	71
Obrazové přílohy	78

ÚVOD

Dlouho jsem přemýšlela, jaké téma si vybrat pro napsání své diplomové práce. Zpočátku jsem věděla jen to, že nechci napsat práci, která mi poslouží jen k obhájení a poté skončí založená mezi ostatními mými knihami, jako pouhá připomínka konce studia.

Rozhodující roli při konečném výběru tématu sehrála skutečnost, že jsem se chtěla dozvědět něco bližšího o možnostech a přínosu práce psychologa pro praxi s dětmi. Inspirovaly mě příběhy malých pacientů, které jsem potkávala při svých odborných praxích na Dětské psychiatrické klinice v Praze-Motole a v Pedagogicko-psychologických poradnách v Rychnově nad Kněžnou a ve Zlíně. Chtěla jsem celou svou práci založit na poznatcích získaných z přímého kontaktu s pacienty, neboť jsem přesvědčená, že setkání s konkrétním člověkem, stejně jako jeho životní příběh nezaměnitelně zasahuje do způsobu vnímání i zvládání nejruznějších náročných životních situací.

Úzkost a stejně tak i strach se dotýkají nás všech. V určité míře ji v různých fázích života zažívá každý z nás, známe je z vlastní zkušenosti, setkáváme se s ní v rámci rodiny i širšího okolí. Jako studentku psychologie mě zaujalo, jak často a jakým způsobem lidé o úzkosti mluví, a jak velké mohou být rozdíly mezi lidmi ve vnímání, prožívání a zvládání úzkostí. Úzkost a strach se objevují všude tam, kde se člověk cítí být ohrožen, kde tuší – ať už reálné či zcela neopodstatněné – nebezpečí. Často se stávají součástí našich rozhovorů a stesků. Velmi palčivým se pak problém úzkosti stává, jestliže se objeví u našich dětí. Mezi termíny úzkost a strach nelze určit zcela přesnou hranici. Jejich užívání je tak věcí konvence, případně jazykového citu. Úzkost běžně přechází ve strach a naopak, i proto je jejich odlišení tak obtížné.

Problematika úzkosti je značně obsáhlá. Proto jsem se – i vzhledem ke svým zkušenostem z praxe - rozhodla zaměřit se úžeji na oblast dětských úzkostí a jejich vztahu ke kresebnému projevu, resp. na projevy úzkosti v kresbě stromu u dětí ve věku 12-14 let. Mým záměrem bylo shromáždit dostupné informace a z toho pak vyjít při zpracovávání kreseb úzkostných dětí.

Poznatky jsem čerpala jednak ze studia dostupné literatury a jednak z analýzy kreseb úzkostných dětí.

Rozhodla jsem se rozčlenit práci na část teoretickou a část praktickou. V první části jsem se nejprve pokusila vymezit problematiku úzkostí jako celku. Její příznaky, vývoj, diagnostiku a typy jednotlivých úzkostných poruch se zřetelem na specifické úzkostné poruchy v dětství. Do teoretické části jsem dále zahrnula krátký úvod do problematiky dětské kresby a jejího využití v diagnostice. Podrobněji jsem se zaměřila na využití testu kresby stromu, z čehož jsem pak vycházela v praktické části diplomové práce při analýze jednotlivých kreseb.

Ve druhé, praktické části práce se pak zabývám rozбором souboru kreseb stromů 12-14letých úzkostných dětí. Pokusila jsem se o detekci některých shodných znaků, které se vyskytují v kresbách úzkostných dětí.

V příloze jsou obsaženy analyzované kresby úzkostných dětí. Ve všech uváděných případech jsou záměrně vynechány jakékoliv bližší identifikační údaje, s výjimkou uvedení pohlaví a věku.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Úzkost a strach

Úzkost a strach patří mezi lidské prožitky, které jsou vlastní normálnímu a adaptivnímu vývoji. Úzkost i strach se řadí mezi emoce, jejichž původním účelem je chránit jedince před možným poškozením či ohrožením vůbec. Lze je tak charakterizovat jako psychické stavy a děje, které tvoří stálý doprovod našeho duševního života. Vnímáme a prožíváme je bezprostředně a jsou zcela subjektivní. Mají vrozený (konstituční) základ a jsou doprovázeny nejrůznějšími fyziologickými změnami. Emoce jsou příznačné svojí propojeností duševních a tělesných dějů, čímž poukazují na psychosomatickou jednotu člověka, jejímž dobrým příkladem je právě úzkost a strach (Vymětal, 2000).

Úzkost lze charakterizovat jako nepříjemný emoční stav, jehož psychologické i fyziologické projevy jsou běžně známé. Na rozdíl od strachu nelze u úzkosti přesně pojmenovat bezprostřední příčinu jejího vzniku. Objevuje se při vnímání signálů, které představují reálné nebo domnělé nebezpečí pro integritu jedince, případně se objevuje i zdánlivě bezdůvodně. Normální (běžná) úzkost má adaptivní funkci - je signálem, který nás upozorňuje nejen na vnější nebezpečí, ale také na vnitřní ohrožení, například v důsledku těžce řešitelného vnitřního konfliktu.

Úzkost je původním naladěním jedince a stejně tak i reakcí na tušené a neznámé nebezpečí. Subjektivně bývá prožívána hůře než strach, protože očekávání něčeho nepříjemného a neznámého je obvykle horší, než situace sama, pokud si ji uvědomujeme. Úzkosti subjektivně nerozumíme, je pro nás spojena s neznámem a je těžko uchopitelná, proto jí tak obtížně čelíme.

Pro člověka navíc úzkost představuje pocit nekontrolovatelnosti a nepředvídatelnosti. V důsledku toho pak k úzkosti patří také pocit ze ztráty kontroly, nejen nad situací, ale také při sebeovládání.

Strach můžeme charakterizovat jako averzivní reakci na určitou konkrétní skutečnost, která v jedinci vyvolává pocit ohrožení. Stejně jako úzkost má pro organismus především signální a ochrannou funkci. V mírnější formě se strach objevuje jako obava z něčeho konkrétního, z předmětu či situace. Většina lidských strachů je zcela reálných, jsou reakcí na skutečné nebezpečí, případně důsledkem traumatických zkušeností. V silnější podobě však může strach vykazovat také iracionální rysy.

Strach snášíme zpravidla lépe než úzkost, protože mu vzhledem k jeho obvyklé lokalizaci do okolního světa, tedy jakoby „mimo nás“, čelíme snadněji.

Pokud budeme v psychologii hovořit o úzkosti, měli bychom rozlišovat, zda se jedná o stav či osobnostní rys.

Úzkost jako stav lze charakterizovat jako aktuální úroveň této emoce, tedy jako její kvalitu i kvantitu, kterou je možné měřit a srovnávat. Stav je tak kombinací míry naší nejistoty a ohrožení, které je dáno právě vnímaným nebezpečím.

Úzkost, resp. úzkostnost jako osobnostní rys vyjadřuje trvalejší charakteristiku jedince, pravděpodobně souvisí s vegetativní labilitou. Vyjadřuje míru pohotovosti k úzkostnému chování a prožívání. Tento rys je vlastní každému člověku, ale v různém stupni. Projevuje se jako individuální tendence k úzkostnému prožívání. Základy úzkostnosti jsou zakotveny konstitučně, na jejím vzniku a rozvinutí se podílí také zkušenosti z raného dětství, zejména zkušenosti interpersonální (Vymětal, 2004).

Úzkost a strach v přiměřené intenzitě nás varují, že něco není v pořádku a zároveň mobilizují síly k případné změně. V nadměrné míře - tedy pokud se

objevují příliš často, jsou příliš silné, trvají příliš dlouho nebo se objevují v nevhodných situacích - jsou naopak ochromující a mohou působit patologicky (Praško a kol., 2006).

1.1.1 Příznaky úzkosti

Mezi úzkostí a strachem není přesná hranice, jsou doprovázeny podobnými pocity a příznaky. Projevují se v rovině somatické i psychické, lze rozlišovat také změny v oblasti mimické, změny v chování, myšlení i ve výkonu.

Obecně se příznaky úzkosti rozdělují na (Smolík, 2002, s.251):

Psychické příznaky:

- Pocit ohrožení.
- Obtíže s koncentrací.
- Nadměrná bdělost.
- Insomnie.
- Snížené libido.
- Pocit „knedlíku v krku“.
- Pocit „brnění v ústech“.

Somatické příznaky:

- Třes, cukání, rozechvělost.
- Bolesti v zádech, bolesti hlavy.
- Napětí ve svaích.
- Zkrácení dechu, hyperventilace.
- Unavitelnost.
- Úleková reaktivita.
- Vegetativní hyperaktivita.
- Rudnutí, blednutí.
 - Tachykardie.

- Pocení.
- Studené ruce.
- Průjem.
- Sucho ústech (xerostomie), které není způsobeno ani medikací ani dehydratací.
- Časté močení
- Parestézie
- Obtíže s polykáním.

Jiní autoři (Praško, 2005; Barlow, 1988; Ulč, 1999) uvádějí další možné kombinace tělesných a psychických projevů, které je možno zaznamenat u úzkostných jedinců. Kromě již uvedených se opakovaně poukazuje na zvýšený výskyt nadměrných obav a starostí, katastrofických představ, lekavosti, přílišné ostražitosti a podrážděnosti. Objevuje se pocit napětí, vnitřní chvění, vyčerpanost v kombinaci s neschopností efektivně odpočívat.

Zjednodušeně se projevy charakteristické pro výskyt úzkosti a strachu mohou rozdělit do tří skupin, podle toho, v jaké rovině jsou zřetelné. Praško (2006) určuje tři složky podílející se na výsledném prožitku úzkosti a strachu. Popisuje pocity na tělesné úrovni, projevy v chování a přítomnost specifických myšlenek, představ a přesvědčení.

Všechny uvedené projevy se navzájem ovlivňují, platí zde zákonitosti interdependence, tj. cirkulární kauzality. Pro každého jedince je ale typický určitý způsob odpovědi, který je převládající a poměrně stálý. Rozpoznání tohoto charakteristického vzorce reakcí je rozhodující, zejména pro pozdější volbu efektivní léčby (Honzák, 1995). Důležité je především zjištění, zda člověk reaguje spíše v rovině psychické nebo somatické.

1.1.2 Biologické základy úzkosti

Biologický přístup k problematice úzkosti hledá její příčiny a souvislosti zejména v biologických mechanismech. Těmi jsou především genetické faktory, které jedince předurčují k určité duševní poruše, dále se pak současná zkoumání zaměřují na oblast autonomního nervového systému, na oblast neurotransmiterů a na neuroanatomické pozadí CNS.

Úzkost v první řadě slouží k identifikaci možného nebezpečí a je tak vlastně orientační reakcí organismu (Praško, 2006). V souvislosti s tím pak lze považovat strach za reakci na rozpoznané nebezpečí. Dochází k celkové aktivaci organismu, k zaměření se na oblast signalizující nebezpečí, vyostřují se smysly a mobilizuje se energie ve snaze pomoci organismu se ubránit ohrožující situaci, obvykle ve smyslu reakce „útok nebo útek“. Úzkost je neoddělitelně spjata s průběhem stresové reakce, zejména s její poplachovou fází.

Z biologického hlediska byly identifikovány určité mozkové struktury, které by mohly tvořit neuronální okruhy úzkosti. Neuroanatomické pozadí úzkosti představuje locus coeruleus, což je centrum noradrenergických neuronů, a nucleus raphae, což je centrum serotonergních neuronů, ty se váží na činnost limbického systému a mozkové kůry (Barlow, 2004). Nucleus raphae a locus coeruleus jsou podstatnou součástí behaviorálního inhibičního systému (BIS), jímž je zprostředkovávána orientační reakce (Honzák, 2005). Při úzkosti je rovněž hyperaktivní centrum v temporální kůře. Hlavní neurotransmiterové systémy významněji spojované s projevy úzkosti jsou noradrenergní, serotonergní a GABA-ergní. Nejvýrazněji se úzkost odráží na funkci noradrenergního systému, který je velmi citlivý na vliv stresu. Stresové podněty vedou k selektivnímu zvýšení noradrenalinu v oblastech, které jsou identifikovány jako stěžejní součásti

nervového okruhu úzkosti, tj. v locus coeruleus, hypothalamu, hippocampu, amygdale a mozkové kůře (Praško, 2006).

U rozvinuté úzkostné poruchy se podkorové limbické okruhy (hlavně amygdala, hippocampus, thalamus, hypothalamus a bazální ganglia) vymknou kontrole prefrontální kůry a lze zaznamenat (pomocí zobrazovacích metod) jejich zvýšenou aktivitu, zatímco u prefrontální kůry je aktivita snížena (Vymětal, 2000).

Předpokládá se, že za detekci potenciálního ohrožení organismu a mobilizaci případných obranných reakcí je z velké části odpovědná amygdala. Ta přes spojení s hypothalamem, jenž integruje informace přicházející z různých mozkových struktur do koordinovaného vzorce, může aktivovat sympatický nervový systém a hypothalamo-hypofyzárně-nadledvinkovou osu. Ta, respektive její konečný produkt kortizol, se významně účastní reakce na stres. Eferentní dráhy neuronálního okruhu úzkosti a strachu pak organismu umožňují autonomní, neuroendokrinní a svalově-motorické reakce (Praško, 2006).

V etiologii a patogenezi úzkosti, ale i u dalších duševních poruch, jsou však vztahy mezi neurofyzilogickými a psychosociálními faktory komplexní a nelze je proto redukovat pouze na jednu stránku.

1.2 Vývoj úzkosti u dětí

Chceme-li porozumět projevům a příčinám nadměrné úzkosti u konkrétního člověka, musíme vyjít z jeho osobnosti. Měli bychom přihlédnout především k vývojovému období, ve kterém se jedinec nachází, a potřebám, které s ním souvisejí. Také k jeho předchozím zkušenostem a k funkci psychických obranných mechanismů, jejichž úkolem je právě úzkost snižovat. Měli bychom se zajímat i o aktuální zdravotní stav a celkovou kondici daného jedince. Důležité je také zjišťování jeho životní situace, zejména s ohledem na interpersonální vztahy. Nezbytné je také přihlédnout k faktu, jak člověk sám vše předchozí vnímá a hodnotí (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Podle vývojové koncepce Erika Eriksona je pro každé vývojové období typické prožívání úzkosti, které je spojeno s určitým souborem podnětů představujících konfliktní vývojový úkol daného období (Langmeier, Krejčířová, 1998). Úzkost proto lze chápat jako nevyhnutelný fenomén, který nás provází po celý život. Úzkost a stejně tak i strach se významně podílejí na formování a rozvoji osobnosti. Stávají se významným prvkem ovlivňujícím socializaci jedince.

Úzkost, potažmo strach, jsou v životě jedince nutné a jistým způsobem také žádoucí, neboť nás upozorňují na nebezpečí, signalizují ohrožení a také nás motivují k dalšímu jednání. V rámci vývoje je podstatná jejich adaptivní funkce. Pokud jsou ovšem extrémní a člověk nad nimi ztrácí kontrolu, pak život znepríjemňují a mohou působit také jako brzda osobnostního vývoje.

Diskutovanou otázkou zůstává existence úzkostných prožitků v prenatálním období. Pro tuto hypotézu neexistuje přímá evidence, řada pozorování však poukázala na vliv emočního ladění matky na řadu faktorů (předčasný porod, spontánní potrat) a na zvýšenou dráždivost a hyperaktivitu u těchto dětí po jejich

narození (Vymětal, 2000). Emoce působí na řadu fyziologických ukazatelů, a protože plod je na matku plně napojen, je možné v tomto smyslu předpokládat také vliv úzkosti u matky na plod. V pozdějších vývojových stádiích reaguje plod zvýšením pohybové aktivity např. na zvýšený hluk, na úlek matky apod. – i toto nám ilustruje možný dopad úzkosti u matky na plod.

1.2.1 Úzkost v raném dětství

U novorozenců je velmi obtížné detekovat jakoukoli formou konkrétní úzkostné projevy. Nicméně vzhledem k nezastupitelné biologické funkci úzkosti, lze předpokládat, že i v tomto období se úzkostné prožitky objevují. Celostní povaha projevů u takto malých dětí poukazuje na předpoklad, že také úzkostné reakce mají celostní povahu a jsou vyjadřovány ve formě emocí, nejčastěji pláče s výrazným motorickým doprovodem. Dítě v tomto období je totiž schopno uchopit své potřeby jen v podobě deficitu, tedy situace, kdy se mu něčeho nedostává (Vymětal, 2004). V důsledku toho pak vzniká tenze, kterou se dítě snaží řešit pomocí zmíněných celostních afektivně-motorických projevů. Toto vývojové období je někdy také označována jako **období nediferencované tenze**.

Dítě se v tomto vývojovém období vyrovnává s nepříjemnými prožitky převážně za pomoci matky (mateřského objektu), na níž je plně závislé. V tomto raném stadiu vývoje dítěte nemá matka pro dítě podobu specifického objektu, který by byl od druhých rozlišován.

V prvních měsících života potřebuje dítě získat, podle E. Eriksona, pocit tzv. základní důvěry. Vytvoření tohoto základního pocitu je mimořádně důležitým předpokladem pro zvládání situací úzkosti a ohrožení v dalším životě (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Nejmenším dětem je vrozená úleková reakce, která je vázána na výskyt silnějšího zvuku nebo náhlou změnu polohy těla. Dítě v takové situaci rozhodí

končetiny na všechny strany a pak je opět stáhne k tělu, obvykle také začne křičet. Někdy při silném zvukovém podnětu jakoby strnou. Tyto přirozené reakce zpravidla vymizí do šesti měsíců života dítěte (Vymětal, 2004).

Zhruba v období 3. a 4. měsíce života začínáme obvykle pozorovat úzkostnou reakci, která je způsobena prudkým přiblížením se nějakého předmětu či osoby. Dochází tak k **nárůstu významu vnějšího prostředí**, dítě ve zvýšené míře jeví zájem o své okolí. Tato situace souvisí patrně s vývojem centrálního nervového systému.

V období mezi 4. a 6. měsícem života se v chování dítěte začíná projevovat **užívání tzv. přechodových objektů**; ty stojí na pomezí psychické a vnější reality a pro jejich vznik je nezbytná schopnost matky stáhnout se do pozadí a odtud poskytovat dítěti pocit bezpečí. Nejčastěji je přechodovým objektem stabilní prvek v okolí dítěte, něco pro dítě snadno uchopitelného a pokud možno stále přítomného. Přítomnost takového prvku, představujícího pro dítě bezpečí, mu umožňuje čelit situacím, které vnímá jako hrozbu. V tomto období se u dětí často objevuje samovolné opakování určitých aktivit, podobné jakémusi rituálu. Lze předpokládat, že tato ritualizovaná aktivita může sloužit ke zvládnutí prožívané úzkosti (Vymětal, 2004).

Součástí normálního vývoje v kojeneckém a batolecím věku je úzkost z cizích lidí a separační úzkost.

Tzv. **úzkost z cizích** je významnou a vývojově charakteristickou úzkostnou reakcí. Podle věku, kdy se typicky u dětí objevuje, bývá také označována jako **úzkost osmého měsíce**. Je to úzkostná reakce na přiblížení se neznámé osoby, začíná se objevovat v 6. až 7. měsíci, nejsilněji se projevuje v období mezi 8. až 10. měsícem, ke konci třetího roku věku dítěte by měla tato úzkost ustupovat. Na výskyt a intenzitu tohoto jevu má vliv řada různých faktorů. Nejdůležitějším

faktorem zmírňujícím tento fenomén je přítomnost matky, resp. jiných známých osob, také v pro dítě známém prostředí není úzkostná reakce tak silná. Jistý vliv má také předchozí zkušenost dítěte, tzn. zda má dítě příležitost přicházet do kontaktu s jinými lidmi a jak často. Zajímavé v této souvislosti je, že při kontaktu s neznámým dítětem k úzkostné reakci nedochází.

Jako **separační úzkost** se označuje stav, kterým dítě reaguje na odloučení od matky. Pokud vývoj dítěte probíhá normálně, pak se objevuje v období mezi 7. a 12. měsícem věku, vrcholí mezi 14. a 18. měsícem věku a postupně má být vymizet. Z charakteru této reakce vyplývá, že následuje až po objevení se úzkosti z cizích, neboť ta vyžaduje schopnost odlišit matku od ostatních osob (Langmeier, Krejčířová, 1998). Intenzita tohoto prožitku závisí na vývoji a funkci dvojice matka-dítě. I zde platí, stejně jako u úzkosti z cizích, že je-li dítě ve známém prostředí a mezi známými lidmi, je i hladina prožívané úzkosti nižší. Stejně tak vzdálení se od matky, pokud je v moci dítěte, není důvodem vzniku úzkostné reakce.

1.2.2 Úzkost v předškolním věku dítěte

V předškolním věku, tj. ve věku mezi 3. a 6. rokem, se u dětí výrazně projevuje magické myšlení, do popředí vystupuje bohatá fantazie, díky níž může docházet k ne zcela zřetelnému odlišování fantazie a reality, děti nalézají velmi neobvyklé souvislosti. Všechny jevy, které kolem sebe pozorují, vykládají účelově a egocentricky; v tomto období ještě chybí příčinné chápání světa (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Setkáváme se s reálnými strachy, které mají svůj reálný základ. Vytvářejí se na základě zkušeností dítěte se světem, ve kterém se pohybuje, ale ve kterém se ještě příliš nevyzná. Bojí se tak především podnětů, které jsou silné, neznámé a pro ně

nezvyklé. Velmi často se děti tohoto věku bojí samoty a malých uzavřených prostor (Rogge, 1999).

Je to také období, kdy je možné u většiny dětí pozorovat množství nejruznějších strachů a fobií, které však mají pouze přechodný charakter. **Strachy a fobie** v tomto období velmi rychle vznikají, nejsou-li však posilovány, pak stejně rychle mizí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000).

V tomto období vývoje je také mnoho dětí konfrontováno s narozením sourozence, což může způsobit nárůst úzkostného prožívání. Míra úzkosti je závislá na věku dítěte. Je možné ji zaznamenat v období, kdy dochází k odlišení mateřského, péči poskytujícího objektu a vrcholí kolem třetího a čtvrtého roku života. Úzkost z **narození sourozence** vychází obvykle z přesvědčení, že se objevil někdo, kdo může dítě připravit o matku a její péči a lásku. Sourozenec se stává pro dítě soupeřem a jeho přítomnost je tak nežádoucí. Na straně staršího dítěte je možné pozorovat regresivní projevy, s jejichž pomocí se znovu dožaduje intenzivní péče matky, ale také se mohou objevit až fyzické útoky proti mladšímu sourozenci.

V předškolním věku se také můžeme setkat s **úzkostí spojenou s rozpoznáním odlišnosti pohlaví**. Už mezi 2. a 3. rokem lze u dětí pozorovat správné označování „chlapeček-holčička“ a také hračky děti volí podle kulturního očekávání. Dítě postupně zjišťuje, že existují dvě pohlaví a začíná si stále více uvědomovat vlastní příslušnost k jednomu z nich. Tato odlišnost a zároveň nutnost vyrovnat se s ní je samozřejmě zdrojem silné úzkosti. Zpočátku je toto chování náhodné a proměnlivé, postupně se upevňuje a mezi 5. a 6. rokem věku dítě dosahuje tzv. pohlavní stability, kdy zjišťuje neměnnost pohlaví.

Významným zásahem do života dítěte předškolního věku je **vstup do mateřské školy**. Dítě se tak odpoutává od matky a rodinného prostředí a vstupuje do světa institucí, což je přirozeně velmi stresujících událost a dítě často reaguje

silnou úzkostí. Předpokladem pro netraumatický vstup do mateřské školy je dostatečná vyspělost dítěte, která představuje zejména schopnost přijmout za matku náhradu právě v symbolické podobě mateřské školy. Děti, které jsou do mateřské školy umísťovány předčasně, musí čelit náporu velké úzkosti. Mohou se chovat samotářsky, málo si hrají s ostatními dětmi, ale mohou pocíťovanou úzkost řešit také pomocí agrese (Vymětal, 2004).

1.2.3 Úzkost ve školním věku dítěte

Vstup do školy je tradičně chápán jako významná, ale také jako velmi stresující událost v životě dítěte. Nezbytným předpokladem pro vstup a zvládnutí školní docházky je dosažení tzv. školní zralosti, která zahrnuje tělesnou, intelektuální a sociální zralost. Adaptace na školní prostředí a průběh vyučování kladou na dítě značné a zcela nové nároky. Volnost dítěte je v rámci vyučování značně omezena, nemůže se volně pohybovat a i jeho aktivita je určována zvenčí. Tlak na přizpůsobení se vytváří intenzivní konflikt mezi přáním zachovat dřívější situaci a snahou podřídit se požadavkům školy. Tento konflikt se tak pro dítě stává zdrojem silné úzkosti.

Zvýšená úzkostnost je relativně častá také u jedinců, kteří zažívají ve škole neúspěch, z nejrůznějších důvodů selhávají a současně jsou vystavováni tlaku ze strany školy, ale také ze strany rodičů. U těchto dětí se může rozvinout **školní fobie**, která se obvykle projevuje formou nezvladatelného a nepřekonatelného strachu z učitele, spolužáků nebo školy vůbec. Vzniká zpravidla tehdy, jestliže dítě ve škole zažije – jednorázově nebo i opakovaně - něco velmi nepříjemného, případně traumatizujícího (Říčan, Krejčířová, 1997).

Dalším obdobím zvýšené úzkostnosti je rozmezí mezi 9. až 11. rokem, kdy se začínají objevovat **počátky strachu ze smrti**. Je zde patrná značná interindividuální variabilita, která souvisí s postupností vývoje konceptu smrti u

dítěte. V tomto věku dochází u dětí k řadě významných vývojových kroků, jedním z nich je pochopení a přijetí definitivnosti, nezvratnosti smrti. Dítě se postupně vzdává tzv. onnipotentních představ, tj. přesvědčení, že psychika může změnit vnější realitu a že vše, co se děje, může jedinec ovlivnit. Současně rozvoj schopnosti hypotetického uvažování umožňuje zabývat se možností vlastní smrti a vede ke vzniku strachu z ní (Vágnerová, 2000).

Kolem 10. – 11. roku významně vzrůstá důležitost toho, jak dítě vychází ze **srovnávání s druhými**, zejména se svými vrstevníky. Na významu získává sociální odezva, zejména ta negativní. Tato hrozba pak přirozeně způsobuje silnou úzkost. Intenzita vzniklé úzkosti je často tak velká, že vede až k utlumení všech aktivit, kde hrozí, že by dítě při srovnání s druhými neobstálo. Konečným důsledkem pak může být až stažení se ze sociálních interakcí, s následným omezením rozvoje sociálních dovedností. To pak vede k dalším selháním a vytváří se tak začarovaný kruh, ze kterého dítě jen velmi obtížně hledá cestu ven (Vymětal, 2004).

1.2.4 Úzkost v dospívání a adolescenci

Dospívání představuje mimořádně obtížnou etapu ve vývoji jedince, nejen pro něj samotného, ale i pro jeho okolí. Vymezení období dospívání je komplikováno mnoha různými faktory, jako jsou velké mezietnické rozdíly, dřívější nástup zrání u dívek, velké interindividuální rozdíly. Stejně tak i vývoj společnosti ovlivňuje, kdy pohlavní dospívání nastupuje.

Významným faktorem ovlivňujícím vývoj jedince v tomto období jsou **hormonální změny** související s nástupem činnosti pohlavních orgánů. Právě **rozvoj sekundárních pohlavních znaků**, ve kterém se projevuje značná interindividuální variabilita, patří mezi zdroje silné úzkosti. Projevuje se buď

v tom, že se u jedince určitý znak objeví, zatímco u vrstevníků doposud ne, nebo obráceně.

Zdrojem velkých úzkostí u dívek může být i dřívější vývoj prsů, který často vede ke zvýšenému zájmu chlapců. Je třeba zmínit se také o menarché. Nástup menstruačního cyklu je z psychického hlediska mimořádně významnou událostí a její zvládnutí bývá značným způsobem ovlivněno také postojem rodiny (Vágnerová, 2000).

Zdrojem silných úzkostí v tomto období jsou i mimořádně rozsáhlé **změny tělesného schématu**, jejichž důsledky se výrazným způsobem promítají v psychice. Razantní tělesná proměna se projevuje v často až překotném růstu, jehož důsledkem je značné zhoršení motorické koordinace. Tato dočasná neohrabanost může být příčinou konfliktů a negativního hodnocení ze strany okolí. Taková hodnocení mívají negativní dopad na sebehodnocení jedince a vzbuzují u dospívajícího úzkost. U zranitelnějších dětí může takový vývoj vést k prohloubení sklonu stranit se lidem.

Dospívající, kteří v předcházejícím období dávali přednost společnosti stejného pohlaví, začínají nyní projevovat stále intenzivnější zájem o opačné pohlaví. Chtějí navazovat **vztahy**, které jsou svým charakterem odlišné od těch dosavadních. Vstupuje do situací, které nezná, a velmi mu záleží na výsledku, což samozřejmě vyvolává úzkost (Langmeier, Krejčířová, 1998). Komplikací vyvolávající úzkost může být i skupinový tlak mezi vrstevníky, ať už v případě, že začnou navazovat vztahy dříve než ostatní, nebo už patří k menšině těch, kteří ještě s nikým nechodí.

Nemalým zdrojem úzkosti je také **zahájení pohlavního života**. Věk, ve kterém k němu dochází, bývá různý. Ovlivňuje to nejen vlastní pohlavní dozrávání, ale také řada dalších vlivů, které mohou zahájení urychlit i oddálit. K urychlení nástupu sexuálního života může dojít např. pod vlivem sociálního tlaku, opožděný začátek pak může být způsoben např. výchovou v rodině. Konflikt mezi přirozenou

sexualitou člověka a jejím odmítáním bývá silným zdrojem úzkosti. Ta může vést buď k omezení sexuálního života, nebo v některých případech k opačnému extrému – intenzivní sexuální aktivitě.

Zcela zvláštní kapitolu pak v tomto kontextu tvoří problematika lidí se zkušeností se sexuálním zneužíváním.

Adolescentní separační krize představuje druhou fázi separačního procesu. Jestliže první, začínající zhruba v 9. až 10. měsíci, probíhá především na intrapsychické rovině, nyní je jedinec vystaven situaci, kdy dochází k separaci ve vnější realitě (Vymětal, 2000). Konflikt, který vzniká mezi potřebou adolescenta po osamostatnění a obavami z něj, dává možnost pro vznik silné tenze. Ta se pak projevuje v často nepřiměřených reakcích a až silovém prosazování nezávislosti, která je často v ostrém protikladu s přijímáním rodičovské podpory.

1.3 Úzkostné poruchy v klinické praxi

Patologickou úzkost představuje nadměrné, přetrvávající úzkostné prožívání, které vede k narušení psychosociální adaptace v některých významných životních aktivitách. Vznik patologické úzkosti u jedince je závislý na řadě okolností, jako je jeho osobnost, věk, pohlaví, životní okolnosti. **Patologická úzkost** se projevuje přímo v symptomatice úzkosti, nebo nepřímo v jiných neurotických symptomech a syndromech, či v určitých osobnostních rysech, jako je úzkostnost nebo závislost.

Úzkost můžeme rozlišovat podle její intenzity, od snesitelného neklidu, pocitu neurčité tísně, až po stav vnitřní paniky. Úzkost může trvat různě dlouhou dobu, může se objevit nečekaně a nekontrolovaně, nebo jako reakce na stresující, případně také na objektivně zcela indiferentní podnět. Jestliže se úzkost rozvíjí nečekaně, pak jde o spontánní úzkost. Vyskytuje-li se jen za určitých okolností a je možné její vznik předvídat, pak se jedná o situační nebo fobickou úzkost. Objeví-li se úzkost při pouhé myšlence na určitou situaci, pak se jedná o anticipační úzkost (Smolík, 2002).

Můžeme rozlišovat úzkost jako primární příznak – v případě kategorie úzkostných poruch, nebo jako sekundární příznak – například u některých somatických onemocnění.

Úzkostné poruchy mohou mít ráz klinického syndromu nebo mohou být specifickou poruchou osobnosti. Úzkostné obtíže jsou někdy sekundárním projevem některých somatických onemocnění nebo zneužívání návykových látek, či jiných psychiatrických poruch (in Vymětal, 2000). Řada poruch se přitom vyskytuje komorbidně.

Americká klasifikace DSM-IV vymezuje skupinu úzkostných poruch samostatně. Současná klasifikace duševních poruch **MKN-10** řadí obvyklé úzkostné poruchy pod kategorii „**Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy**“ (F40-F49). Předpokládá se, že úzkost je jedním z hlavních etiopatogenetických mechanismů vzniku těchto poruch.

1.4.1 Fobické úzkostné poruchy (F40)

U této skupiny poruch je úzkost vyvolávána určitými situacemi, které v daném okamžiku pro pacienta nejsou nebezpečné. Fobie se projevují strachem z poměrně jasně ohraničených objektů, situací či aktivit. Nejde však vždy o přímý strach, spíše se jedná o strach z důsledků, které se podle přesvědčení jedince objeví po kontaktu s takovým objektem, situací či aktivitou (Praško, Prašková, 2000). Fobická úzkost může mít různou intenzitu a může se pohybovat od stavu snesitelné tísně až k děsu a panice. U pacienta se objevují pocity na omdlení, provázené somatickými příznaky úzkosti. Často se přidružuje sekundární strach ze smrti, ze ztráty sebekontroly, ze zešílení. Pouhá myšlenka na fobickou situaci navozuje anticipační úzkost. Jedinou úlevou pro pacienta je vyhnutí se fobické situaci. Často se vyskytuje současně fobická úzkost a deprese (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Agorafobie (F40.0) představuje strach z rozmanitých situací, kterým se pacient vědomě vyhýbá. Současná klasifikace pojímá agorafobii v širším slova smyslu jako úzkost z opuštění domova, nakupování v obchodech, pobytu v uzavřených prostorách (klaustrofobie), z dopravní zácpy, čekání v řadě, apod. Objevuje se v situacích, které vyžadují pobývat mimo domov, někdy ale také v situaci, kdy jedinec zůstane sám doma. Úzkost tedy vyvolává jak přítomnost specifického fobického podnětu, tak také vzdálení se z místa bezpečí. Pacienti se obávají, že nad sebou ztratí kontrolu, že na veřejnosti zkolabují, omdlí a zůstanou bez pomoci. Jedním z klíčových znaků agorafobických situací je nemožnost okamžitého úniku, aniž by byl únik ze situace obtížný či ponižující (Vymětal, 2000). Úlevu přináší vyhnutí se fobické situaci nebo přítomnost blízké osoby.

Tato porucha se vyskytuje převážně u žen a obvykle začíná v raném dospělém věku. U dětí je nejméně častou fobickou poruchou, což však nevylučuje, že by se u dětí nemohla rozvinout. Často se agorafobie pojí s panickou poruchou (Praško, 2005).

Sociální fobie (F40.1) je porucha, při níž převažuje strach ze zkoumavých pohledů jiných lidí v různých sociálních situacích, případně obavy ze situací, v nichž je třeba podat určitý výkon. Postižený se pak takovým situacím vyhýbá, stále více se izoluje, někdy může prakticky úplně omezit kontakt s ostatními lidmi. Porucha může být generalizovaná, kdy se obavy týkají téměř všech sociálních kontaktů, nebo izolovaná, kdy je sociální úzkost vázaná pouze na některé situace. Typickými situacemi, které budí sociální úzkost, je vystupování na veřejnosti. Pacienti se bojí zejména kritiky, ztrapnění a ostudy. Obávají se, že nezakryjí projevy své úzkosti. V tomto případě přítomnost blízkých osob od úzkosti neulevuje.

Porucha se nejčastěji začíná objevovat ve věku 11 až 15 let, často také propuká až v adolescenci. Vyskytuje se shodně u žen i mužů (Smolík, 2002).

Specifické (izolované) fobie (F40.2) jsou charakteristické výskytem přetrvávajícího, iracionálního strachu ze specifického objektu nebo situace, kterému se postižený jedinec snaží vyhnout. Člověk netrpí úzkostí, pokud se nesetká s předmětem fobie, případně se této situace již předem neobává. I jen pouhé pomyslení na to, že se jedinec dostane do kontaktu s předmětem fobie, vyvolá obvykle anticipační úzkost (Praško, 2005).

Specifické fobie lze rozdělit do tří hlavních skupin:

- situační fobie,
- fobie ze zvířat,
- fobie z poranění (zajímavé je, že fobická reakce při pohledu na krev se od ostatních liší tím, že vyvolává bradykardii a někdy mdloby, spíše než tachykardii).

Tato porucha je nejvíce zastoupenou úzkostnou poruchou, která se vyskytuje častěji u žen než u mužů. Vzniká obvykle v dětském věku nebo rané dospělosti. Výskyt nejrozličnějších fobií v předškolním věku je relativně běžné, přičemž je velmi obtížné určit hranici mezi vývojově adekvátními a patologickými projevy (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000).

1.4.2 Jiné úzkostné poruchy (F41)

Jedná se o kategorii úzkostných poruch, u kterých není zřetelná žádná specifická spouštěcí situace, která by úzkost vyprovokovala.

Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost) (F41.0) je častá a výrazně omezující psychická porucha. Jejím základním rysem jsou náhle vznikající, opakované a nepředvídatelné ataky těžké úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na žádnou specifickou situaci. Jsou zde patrné různé symptomy a projevy úzkosti. Pro panickou poruchu je ale typický náhlý začátek záchvatu, nedílnou součástí ataky je řada somatických příznaků; u dětí a adolescentů (podle Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000) se nejčastěji uvádí tachykardie s palpitacemi, bolest na hrudi, pocení, třes, obtížné dýchání, pocit zkráceného dechu, pocity nevolnosti, nauzea, závratě nebo pocity na omdlení, derealizace nebo depersonalizace, strach ze zešílení nebo ztráty kontroly, strach ze smrti. Jednotlivé panické ataky trvají obvykle několik minut a vyskytují se v proměnlivé frekvenci, v průběhu několika dnů až několika let. Stejně jako rychlý nástup je typické také odeznění ataky během několika maximálně desítek minut. Potíže zvyšuje rozvoj a výskyt anticipační úzkosti z další ataky a nebo vyhýbání se místům, kde k atace došlo. Další projevy jsou závislé na osobnosti pacienta.

Pacienti trpící panickou poruchou si velmi často stěžují pouze na tělesné příznaky v různých orgánových systémech (nejčastěji se stesky týkají oblasti kardiovaskulární), což komplikuje diagnózu panické poruchy, neboť dlouhou dobu vyhledávají péči lékařů somatických oborů.

Porucha začíná obvykle v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. Praško (2005) uvádí dva věkové úseky, v nichž se objevuje vyšší výskyt panické poruchy: první mezi 15. až 24. rokem a druhé období mezi 45. až 54. rokem. Předpokládá se dvakrát až třikrát častější výskyt u žen než u mužů.

Z psychoterapie je v případě této poruchy nejčastěji volena kognitivně-behaviorální terapie. Farmakoterapie využívá antidepresiva SSRI a některá benzodiazepinová anxiolytika (Kryl, 2003).

Generalizovaná úzkostná porucha - GAD (F41.1). Základním rysem je trvalá, všeobecná úzkost, která není vyvolána ani vázána na žádnou specifickou vnější okolnost nebo vyvolávající podnět. Prožívaná úzkost se týká běžných, každodenních událostí, případně nevýznamných tělesných obtíží. Převládajícími symptomy jsou projevy úzkostného očekávání, předtucha hrozícího neštěstí, neschopnost se rozhodnout, obtíže s koncentrací pozornosti, pocity jakoby „na pokraji svých sil“ (Praško, 2006). U dětí a adolescentů je typická především nereálná obava z nedostatečných vlastních schopností. V somatické oblasti je uváděno motorické napětí, projevující se nervozitou, neklidem, bolestivým napětím, bolestmi hlavy, třesem a únavností, a příznaky vegetativní hyperaktivity, jako je točení hlavy, pocení, tachykardie nebo tachypnoe, nevolnost, závratě, sucho v ústech (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000).

Porucha začíná nejčastěji mezi 16-18 lety, v době, kdy ve větší míře dochází ke srovnávání s vrstevníky. Menší počet případů začíná v mladším věku, zejména v období od čtyř do sedmi let, kdy souvisí většinou se zahájením pravidelné docházky do mateřské nebo základní školy. Tato porucha se objevuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Má tendenci k chronickému průběhu, intenzita obtíží kolísá v závislosti na přítomnosti stresu v životě pacienta (Vymětal, 2000).

U mírnějších forem této poruchy je vhodná psychoterapie, zejména terapie rodinná a kognitivně-behaviorální. V případě středních a těžkých forem je pak vhodnější psychoterapii kombinovat s farmakoterapií.

Smíšená úzkostně depresivní porucha (F41.2). U této poruchy jsou přítomny symptomy jak úzkosti, tak deprese, přičemž žádný z těchto symptomů nepřevládá natolik, by byla diagnostikována úzkostná nebo depresivní porucha. Potíže oslabují podstatným způsobem fungování pacienta v některé z významných

životních oblastí. Nástup příznaků bývá pozvolný, velmi často mívá tato porucha chronický průběh. Tato kategorie se nepoužívá, když se symptomy vyskytnou v blízké souvislosti s významnou životní změnou nebo stresujícími životními událostmi, kdy použijeme diagnózu porucha přizpůsobení (Smolík, 2002).

Obsedantně kompulzivní porucha - OCD (F42) je čtvrtou nejčastější duševní poruchou, je velmi úporná, obtížně léčitelná a často invalidizující. U dětí jsou charakterizovány subjektivně prožívanou tenzí, nepohodou, pocitem zmatku, úzkostí, nadměrnými obavami a přítomností obsesí a kompulzí. Obsese jsou opakující se vtíravé, nutkavé myšlenky, představy nebo impulsy, které jsou zbytečné, ale přesto neodbytné a úzkost vyvolávající. Tato úzkost je spojená jednak s obsahy obsesí, které jsou většinou neslučitelné s vědomými hodnotami pacienta, jednak s pocity bezmocnosti, ztráty sebeovládání a sebekontroly nad vynořujícími se nápady, které nelze ovládnout. Kompulzemi jsou nazývány psychické aktivity nebo nutkavé chování, které pacienti vykonávají jako reakci na přítomnost obsesí. Kompulze často probíhají stereotypním způsobem a mají podobu nejrůznějších rituálů, pomocí nichž se pacient zbavuje úzkostné tenze, s jejich pomocí se vyhýbá určitým myšlenkám a potenciálnímu ohrožení. Většinou je si vědom nesmyslnosti svého počínání, přesto ale nesplnění rituálu u něj vzbuzuje napětí a masivní úzkost. Vyhovění kompulzi úzkost a napětí oslabuje. Primární funkce obsesí a kompulzí je obranou proti úzkosti, což je také důvod pro zařazení do skupiny úzkostných poruch (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Citlivým obdobím pro rozvoj obsesivně-kompulzivní poruchy je období adolescence a rané dospělosti, průměrný věk počátku onemocnění je 20 let. Uvádějí se dvě typická období, ve kterých se mohou příznaky OCD objevit: 12-14 let a 20-22 let (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000). Porucha se vyskytuje u dospělých co do pohlaví přibližně stejně často, vyskytne-li se však v adolescenci, bývá častější u chlapců než u dívek. U více než poloviny pacientů začínají obtíže náhle. U mnoha pacientů (50-70%) začínají obtíže v souvislosti se stresovou událostí, jako je těhotenství, sexuální problém, nebo smrt blízké osoby.

Terapeutický přístup k pacientům trpícím OCD by měl být komplexní. Jako nejvhodnější se ukazuje být kombinace kognitivně-behaviorální terapie a farmakoterapie, zastoupené zejména antidepresivy SSRI.

1.3.3 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Poruchy obsažené v této kategorii mají příčinnou souvislost s vnější stresující událostí, která je neobvykle hrozivého rázu, představuje hrozbu smrti nebo vážného zranění. Postižený jedinec může prožívat pocity bezmoci, hrůzy a strachu. Předpokládá se, že by k rozvoji poruchy nedošlo bez působení vnějšího stresu. Za trauma můžeme považovat takovou zkušenost, kterou nelze zvládnout obvyklými adaptačními a obrannými mechanismy (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Typickými traumatickými životními událostmi jsou (podle Vymětal, 2000):

- traumatická ztráta blízké osoby v důsledku neštěstí, sebevraždy nebo vraždy;
- fyzické napadení, pokus o vraždu, přepadení;
- sexuální napadení, znásilnění, sexuální zneužívání;
- přírodní a člověkem způsobené katastrofy (záplavy, požáry, zemětřesení, ekologické katastrofy);
- teroristická akce, genocida, válka.

Akutní reakce na stres (F43.0) vzniká u jedince jako bezprostřední reakce na výjimečný fyzický nebo psychický stres. Její projevy jsou variabilní, zahrnují však typicky úvodní stav šoku s charakteristickým zúžením vědomí a snížením pozornosti, s dezorientací a jakoby neschopností chápat podněty a orientovat se v situaci. Běžné jsou vegetativní příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání). Symptomy se obvykle objeví několik minut po vystavení traumatu a postupně odeznívají, během několika hodin, případně během 2-3 dnů. Na tento stav může mít pacient částečnou nebo úplnou amnézii (Smolík, 2002).

Posttraumatická stresová porucha - PTSD (F43.1) vzniká jako opožděná a protrahovaná odpověď na traumatickou událost nebo situaci, která je neobvykle hrozivá a pravděpodobně by téměř u každého vyvolala pronikavou tíseň. Charakteristické jsou příznaky znovuprožívání a ožívování traumatu v dotírajících vzpomínkách nebo snech, doprovázené intenzivním emočním prožitkem. Vzpomínky na trauma se opakují v úzkostných snech. Typická je vegetativní hyperaktivace, spojená se zvýšenou dráždivostí, úlekovými reakcemi a poruchami spánku. Kromě těchto příznaků se také objevují typické pocity viny, pokoření a studu (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Poruchy přizpůsobení (F43.2) vznikají jako reakce na významnou životní změnu nebo jsou následkem stresové životní události. Rizikovým faktorem u dětí je pro vznik poruchy přizpůsobení přítomnost závažného somatického onemocnění. Predispozice a osobnostní charakteristiky hrají větší roli než u jiných stavů této skupiny, předpokládá se však, že by k poruše přizpůsobení nedošlo bez zátěžové situace. Poruchy přizpůsobení se projevuje formou subjektivně pociťované tísně a poruch emotivity a chování (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000). Klinické projevy mohou být různé a zahrnovat depresivní náladu, úzkost, zlost, obavy, že jedinec není schopen se s zátěžovou situací vypořádat. U dětí a adolescentů mohou tyto poruchy nabývat také podoby regresivních projevů.

1.3.4 Úzkost v poruchách osobnosti

V klinické praxi se často setkáváme s pacienty, u nichž pozorujeme celoživotní úzkostné vyladění a různé způsoby vnějšího chování, které jim pomáhají zvládat tuto bazální úzkostnost. Současné klasifikace obecně diagnostikují osobnostní poruchu tehdy, pokud se jedná o přetrvávající maladaptivní vzorec chování, který podstatně poškozuje adaptaci jedince v některé z významných sociálních a vztahových oblastí. Existuje řada specifických poruch osobnosti, které jsou velmi

výrazně vázány k charakteristikám úzkosti a strachu (anankastická osobnost, úzkostná osobnost a závislá osobnost).

Porucha osobnosti by se neměla diagnostikovat před 16. rokem věku. Etiologické teorie specifických osobnostních poruch jsou multifaktoriální a opírají se o interakční působení biologických a psychosociálních faktorů.

Anankastická porucha osobnosti (F60.5) bývá také označována jako obsedantně kompulzivní. Typickými projevy této poruchy je přítomnost nadměrných pochyb, zaujetí detaily a pravidly, perfekcionismus, nadměrná svědomitost, puntičkářství. Sociální konvenčnost, rigidita a paličatost. Anankastiční jedinci bývají výrazně orientovaní na oblast pracovního výkonu. Z hlediska dosažení úspěchu jsou ale limitováni nadměrným zaměřením se na detaily, pochybováním o vlastním rozhodnutí a problematickými vztahy s druhými, v nichž převažuje podezíravost a potřeba kontroly. V osobních vztazích takovým lidem strach ze závislosti, agrese a zvýšená potřeba kontroly ztěžuje citové sblížení i sexuální život (Praško, 2003).

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6). Jedinci s úzkostnou poruchou osobnosti inklinují k nadměrným pocitům napětí a obav spolu s přesvědčením o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku přitažlivosti nebo méněcennosti ve srovnání s druhými. Nadměrně se zabývají možností ponížení nebo odmítnutí a proto se vyhýbají lidem a situacím, kde nemají jistotu pozitivního přijetí. Tito jedinci o vztahy s druhými lidmi velmi stojí, ale ze strachu z ponížení a odmítnutí se jim vyhýbají (Praško, 2003).

Závislá porucha osobnosti (F60.7) je charakterizována nadměrným strachem z osamocení a ztráty důležité sociální vazby. Výrazným rysem je pasivní, trvalé spoléhání jedince na jiné osoby, od kterých očekává, že za něj budou činit všechna potřebná rozhodnutí. Charakteristickými vlastnostmi jsou submisivita, bázlivost a strach z opuštění. Pacient trvá na blízké vazbě, i když v ní reálně strádá, a

v důsledku strachu ze samoty nedokáže vztah řešit. Taková závislost má sebepoškozující charakter.

Vyskytuje se častěji u žen než u mužů (Praško, 2003).

1.3.5 Úzkost ve vztahu k ostatním poruchám

V klinické praxi se nesetkáváme pouze s pacienty se specifickými úzkostnými poruchami. Setkáváme se také s těmi, u nichž úzkost sice není základním určujícím znakem, ale významně se podílí na klinickém obrazu a dalších aspektech poruchy. Zhodnocení podílu a významu úzkosti je důležité pro porozumění psychopatologie pacienta a pro volbu terapeutické strategie (Vymětal, 2000).

Úzkostné projevy nacházíme často u některých vážnějších somatických onemocnění, objevují se v souvislosti se zneužíváním návykových látek a tvoří součást mnoha dalších klinických syndromů a poruch.

Vymětal (2000) zmiňuje některá somatická onemocnění, která často zapříčiňují sekundární zvýšený výskyt úzkostných symptomů.

Somatické a neurologické příčiny úzkosti:

- neurologické poruchy,
- systémová onemocnění,
- endokrinní poruchy,
- zánětlivé stavy,
- karence,
- toxické stavy a další.

Zneužívání návykových látek souvisí s úzkostnými poruchami v mnoha směrech. Z návykových látek, které přímo způsobují úzkostné symptomy, jsou nejčastější sympatomimetika (např. amfetamin, kokain, kofein) a serotonergní látky (např. LSD). Úzkost se objevuje v průběhu akutní intoxikace, může tvořit

součástí chronického obrazu a vyskytuje se v průběhu abstinenčního syndromu. Vysoký komorbidní výskyt úzkostných poruch a alkoholové závislosti vede k úvaze, že pacienti s úzkostnými příznaky využívají anxiolytického účinku alkoholu, ale progredující závislost na alkoholu spíše úzkostnou symptomatiku zesiluje (Vymětal, 2000).

U ostatních psychiatrických poruch a syndromů nacházíme úzkostné projevy poměrně často. Nejčastější výskyt úzkostné symptomatiky se objevuje u afektivních poruch, kdy přibližně 60% depresivních pacientů trpí úzkostnými stavy. Úzkost jako symptom nacházíme také často v iniciálních stádiích psychotických onemocnění schizofrenního okruhu. U některých poruch nacházíme intenzivní strach, v jehož pozadí je patologická motivace, například strach z přibrání na váze u mentální anorexie, nebo úzkost z onemocnění v případě hypochondrické poruchy. Zvláštní úzkostné stavy se vyskytují v rámci neorganických poruch spánku, jako jsou noční děsy a noční můry (Praško, 2005).

1.3.6 Specifické úzkostné poruchy v dětském věku

Úzkost a strach se u dětí projevují v závislosti na vývojovém období. Každé z nich přináší typické podněty, které u dětí vyvolávají úzkost a strach, se kterými se musí vyrovnat. To podle vývojové koncepce E. Eriksona souvisí s normativními konflikty a vývojovými úkoly jednotlivých vývojových období.

V kojeneckém období dítě zřetelně neodlišuje vnitřní a vnější realitu, a tak dobře nedokáže odlišit strach a úzkost od pocitů bolesti, napětí nebo nepohody. V dalším průběhu vývoje, kdy dítě lépe diferencuje sebe a ostatní blízké osoby, známe projevy separační úzkosti jako tzv. úzkost osmého měsíce.

Separací úzkost a strach z cizích lidí se vyvíjí v průběhu batolecího období a kolem třetího roku ustupuje.

V předškolním věku mívají děti řadu přechodných fobií, které v průběhu dalšího vývoje obvykle mizí.

Typickým obdobím zvýšené úzkostnosti je věk kolem deseti let, kdy při pokroku v kognitivním vývoji dítě dospívá k pojmu smrti a její nezvratnosti.

Úzkost v dětském věku se někdy může projevovat v podobě neklidu a zvýšeného zlobení. Pro napětí a úzkost jsou typické rovněž projevy různých dětských poruch v oblasti jídla, jako je nechutenství, případně odmítání určitého druhu potravin, v oblasti spánku - poruchy usínání, noční můry, noční děsy či v podobě tzv. dětských neurotických návyků - okusování nehtů či trhání vlasů (Vymětal, 2000).

Úzkost je považována za patologickou, pokud je nepřiměřeně intenzivní, pokud má příliš dlouhé trvání a pokud narušuje běžné fungování a brzdí tak další vývoj jedince.

Separční úzkostná porucha v dětství (F93.0) se diagnostikuje v dětském věku tehdy, když separční úzkost dosahuje neobvyklého stupně závažnosti a znemožňuje dítěti se vzdálit od blízkých osob (nejčastěji od matky). Začátek poruchy je obvyklý kolem 7-8 let a vyskytuje se shodně často u dívek i chlapců. Tato porucha je nejběžnější úzkostnou poruchou v dětském věku. Separční úzkostná porucha bývá často prvně diagnostikována při pokusu zařadit dítě do mateřské školy. V tomto případě dítě na tuto situaci, zejména na odloučení od matky, reaguje silně psychicky a velmi často také psychosomaticky (Říčan, Krejčířová, 1997). U dítěte se vyskytují nereálné obavy, že se něco stane blízkým osobám, že odejdou a nevrátí se, nebo dítě prožívá nereálnou obavu, že bude odloučeno od blízké osoby. K projevům a udržování této poruchy přispívá i bohatá fantazie dítěte, typická pro toto věkové období. Strach z odloučení vede dítě k vyhýbání se cizímu prostředí a k odmítání docházet do školy. Někdy děti trpící touto poruchou odmítají jít spát, pokud není blízká osoba nablízku. Opakují se noční můry, jejichž obsahem je velmi často právě téma týkající se odloučení od blízkých osob. Při požadavku na odloučení od rodičů můžeme pozorovat zvýšený

výskyt somatických obtíží (nausea, bolesti hlavy, žaludku, zvracení, subfebrilie). Výrazným příznakem jsou zde nejrůznější somatické stesky (bolest břicha, bolest hlavy, zvracení, nevolnost), také úzkostnost a depresivní rozlady, nadměrný strach, silná úzkost, pláč, výbuchy vzteku. Porucha často komplikuje docházku do školy. Někdy se v takových případech užívá diagnózy školní fobie, která ale není zcela přesná, protože separační úzkostná porucha nevyjadřuje strach ze školy, ale strach ze separace od blízkých osob.

Terapii je velmi důležité zahájit včas, co nejdříve dosáhnout návratu dítěte do školy a trénovat separaci od blízkých osob. Velmi vhodná je v tomto případě rodinná terapie. Někdy je vhodné doplnit psychoterapii farmakologickou léčbou antidepresivy nebo anxiolytiky (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000).

Fobická úzkostná porucha v dětství (F93.1) je charakterizována jako vystupňovaný strach ze zcela specifického předmětu nebo situace. Tyto strachy bývají typické pro děti předškolního věku, proto se diagnostikuje až v situaci, kdy je fobická úzkost zaplavující. Tato porucha se projevuje nepřiměřeně silnou reakcí na určitý objekt nebo situaci, je charakteristická prudkým nárůstem úzkosti, někdy až panického charakteru. V tomto věku je běžný strach z cizích lidí, strach ze tmy, zvířat, vody, bouře a pohádkových bytostí. Kolem devátého roku se objevuje strach ze smrti, zranění, krve a vším, co s tím souvisí, např. injekce a odběry krve. Adolescence přichází s nárůstem strukturovanějších fobií, které mají obvykle souvislost se společenskými situacemi, přijetím sociálního okolí a uznáním (podle Duševní poruchy a poruchy chování, 2000).

Terapii fobických poruch u dětí je nutné přizpůsobovat věku pacienta. U dětí v předškolním věku se jedná zejména o rodinnou terapii, neboť rodiče hrají v životě předškolních dětí významnou a nezastupitelnou roli. U starších dětí, potažmo adolescentů je vhodný strukturovaný přístup, zahrnující informování a spolupráci nejen s pacientem, ale také s jeho rodiči a se školou. Nejvhodnější psychoterapeutickou intervencí se zdá být kognitivně-behaviorální přístup. U

těžších forem poruchy je vhodné zařadit farmakoterapii, využívá se zejména antidepresiv, případně anxiolytik (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000).

Sociální úzkostná porucha v dětství (F93.2) je diagnostikována tehdy, když se úzkost objeví před šestým rokem věku a je neobvyklá co do stupně a zároveň narušuje oblast sociálního vývoje dítěte. U dětí s touto poruchou se objevuje trvalý nebo opakující se strach z cizích lidí, kterým se snaží vyhýbat. Tento strach bývá vázán na kontakt dítěte s dospělými, s druhými dětmi, nebo bývá kombinací obojího (podle Duševní poruchy a poruchy chování, 2000). Děti trpící touto poruchou jsou zřetelně plaché a úzkostné především v neznámém prostředí, ale také v prostředí známém, pokud se tam vyskytují cizí osoby. V rodinném prostředí nemívají děti obtíže. Při nástupu do školy jsou s nimi velké obtíže s adaptací. Poruchu může zhoršovat elektivní mutismus, který se někdy může rozvinout při komplikovaném průběhu poruchy. V tomto případě odmítá dítě mluvit s některými dospělými nebo se slovně projevuje pouze doma. Sociální úzkostná porucha výrazně limituje nabývání zkušeností dítěte. Zvláště je omezeno osvojování sociálních dovedností a navazování a rozvoj meziosobních vztahů, tím se ještě více upevňuje úzkostné ladění jedince a jeho výrazná nejistota v kterékoli oblasti života.

Tato porucha je častější u děvčat než u chlapců. Psychoterapie u těchto poruch využívá nejrůznějších technik, od rodinné terapie, kognitivně-behaviorální terapie až po relaxační techniky (Hort, Hrdlička, Kocourek, Malá a kol, 2000).

Možnosti v diagnostice úzkosti

Výchozím bodem při diagnostice je fakt, že úzkost je vždy subjektivní zážitek, z čehož plyne požadavek komplexnosti v diagnostickém přístupu. Ten zahrnuje zejména podrobnou anamnézu se zřetelem na vznik, intenzitu, trvání a vývoj úzkosti, také na zmírňující a zhoršující faktory, předcházející léčbu a její účinnost. Je také důležité zaměřit se na vliv úzkosti na jednotlivé oblasti života, zejména na tu sociální.

Samozřejmě lze zaznamenat určité objektivní znaky úzkosti, jako je např. zrychlený tep a dýchání, zvýšený krevní tlak, pocení, nicméně nejspolehlivějším indikátorem úzkosti je subjektivní verbální vyjádření pacienta. To ale předpokládá navázání kvalitního vztahu, ve kterém se klient či pacient cítí bezpečně. Pro diagnostiku úzkosti a strachu je dobrá spolupráce s klientem, resp. pacientem stěžejní.

Anamnéza. Při anamnéze bychom se měli zaměřit na zjištění toho, co bylo dříve než se úzkost (či jiné obtíže) objevila. Měla by spolu s životopisným rámcem pacienta obsahovat i psychologicky významné prvky, jako jsou osobní data pacienta a jeho výpovědi o tom, jak on sám v poslední době svou situaci prožívá. Měli bychom se ptát také na to, jak pacient zvládá své těžké životní situace (stresy a distresy, konflikty, případně i možné katastrofy). Účelem anamnestického rozhovoru je pomoci ujasnit si etiologii poruchy. Témata rozhovoru by se měla dotýkat vnitřní i vnější situace pacienta.

Základní osu anamnézy by měly tvořit informace o počátku obtíží, včetně případných etiologických faktorů, údaje o trvání obtíží, jejich průběhu v čase, závislosti obtíží na vnějších i vnitřních faktorech, jejich intenzitě. Neoddělitelnou součástí jsou také informace o tom, zda úzkost ovlivňuje dosavadní průběh vykonávaných činností, popřípadě jak se k přítomné úzkosti staví pacient, jeho rodina i blízké okolí.

Účelem anamnestického rozhovoru je tak ujasnění etiologie onemocnění, získání základních podkladů pro stanovení diagnostické hypotézy a pro postavení první prediktivní diagnózy (Stančák, 1982).

Intenzita je nejlépe kvantifikovatelný aspekt úzkosti, přesto ani údaje získané tímto způsobem nemají zcela objektivní charakter. Tyto metody jsou založeny na principu **škálování**.

K měření intenzity úzkosti se na některých pracovištích užívá škály, která je velmi podobná vizuální analogové škále používané pro měření intenzity bolesti. Jejím nesporným kladem je jednoduchost, srozumitelnost a rychlost. Je výhodná zejména pro jasné dorozumění mezi pacientem a lékařem. Základem této škály je horizontální úsečka, omezená dvěma body představujícími vlevo stav zcela bez úzkosti, vpravo představující nejvyšší intenzitu dosud prožitou nebo vůbec možnou. Vyšetřovaná osoba má na této linii vyznačit bod, kam by aktuálně prožívanou úzkost umístil (Mareš, 1997). Modifikací vizuální analogové škály pak jsou její verbální verze, které jsou tvořeny odstupňovanými, krátkými slovními popisy prožívaného stavu. I zde vyšetřovaná osoba označí větu, která nejvíce vystihuje to, co aktuálně prožívá.

Při používání hodnotících škál je nutné mít na paměti, že se jedná o údaje, které jsou ryze individuální a tím zároveň nesrovnatelné mezi dvěma a více lidmi. Srovnatelné jsou v tomto případě pouze údaje pocházející od jedné osoby v různých časových obdobích.

Pro diagnostiku a hodnocení úzkosti lze využívat rovněž **dotazníky**. Obecně se dotazníků užívá spíše u dospělých jedinců, neboť u nich lze s jistotou předpokládat dobrou introspekci, zkušenosti a verbální schopnosti. U dětí, zejména u menších dětí, máme k dispozici jen málo dotazníků, které navíc poskytují jen málo diferencovaný a věrohodný obraz osobnosti a interpersonálních vztahů. Dotazníky lze dětem předkládat běžným způsobem asi od deseti let, a to v tom případě, že mají přiměřeně vyvinuté čtenářské dovednosti a otázky jsou jednoduše

formulovány (Švancara, 1980). Doporučuje se některé dotazníky předložit rodičům s žádostí, aby se pokusili zaškrtnout pravděpodobné odpovědi jejich dítěte.

Pro zhodnocení úrovně prožívané úzkosti u dětí se nejčastěji užívá Škála zjevné úzkosti pro děti (CMAS), která je určena pro děti od deseti do dvanácti let a zahrnuje široké spektrum příznaků a prožitků úzkosti jako vlastnosti.

Druhou častou diagnostickou volbou je Škála k měření úzkosti a úzkostnosti u dětí (ŠAD), která je vhodná pro věkové rozmezí 10-15 let a vede k rozlišení úzkosti jako stavu a úzkostnosti jako vlastnosti.

Úroveň úzkosti je možné orientačně zjistit také z komplexních osobnostních dotazníků, které obvykle zahrnují položky týkající se úzkosti.

Projevy úzkosti lze ale zaznamenat také v **chování** jedince. Pocit, resp. zážitek úzkosti je obvykle doprovázen úzkostným chováním, které se vyznačuje charakteristickými, přímo pozorovatelnými projevy. U úzkostného člověka je možné vysledovat a zaznamenat vyděšený výraz, mimika je málo diferencovaná, obličej je nápadně bledý. V dýchání je patrný zkrácený, často zrychlený dech, někdy až lapání po dechu. Pohyby bývají hůře koordinované a velmi nepřesné. Celkově se jedinec jeví jako strnulý a plný tenze, může být patrný až mírný třes končetin. Ruce bývají studené a vlhké. Jedinec trpící úzkostí se špatně soustředí, je malátný. Bez ohledu na zátěž je stále vyčerpaný a cítí se velmi unavený (Praško, 2006).

1.5 Dětská kresba a její přínos pro diagnostiku

1.5.1 Specifika dětské kresby

Domnívám se, že kresba - a zejména dětská kresba – pro nás představuje důležitý a bohatý zdroj nejrozličnějších informací.

O dětské kresbě se dá mluvit jako o subjektivním odrazu objektivní reality, který je věkově a typologicky podmíněný, modifikovatelný i kulturními faktory, jako výchovou, okolním prostředím dítěte apod. (Babrádová, 2004).

Dětská kresba úzce souvisí nejen s vjemy, ale i s představami. Důležitou roli hraje ukládání vjemů do paměti a zejména způsob, kterým se tyto představy vybavují a konkretizují.

Dětský výtvarný projev čerpá z vědomé i latentní zkušenosti dítěte. Jeho vazba k okolnímu světu často nezanechává hierarchii hodnot a významů. Většinou je určována bezprostředními dětskými vztahy a zájmy. Struktura výtvaru není odvozena jen z pozorování světa, není založena na zrakovém vnímání, ani zatížena kritickými úvahami. Vznikající výtvar je viditelným výsledkem neviditelné a velmi složité duševní aktivity (Švancara, Švancarová, 1980). Pro pochopení dětské kresby je proto velmi důležitá ústní výpověď dítěte.

Dětskou kresbu je možné chápat jako zobrazování představy o skutečnosti, zachycující rysy, znaky a podrobnosti, o kterých dítě ví a které jej zajímají. Dítě nebere ohled na to, jestli jsou z určitého úhlu viditelné, nebo jestli je možné je vůbec vidět. I význam, který dítě přisuzuje jednotlivým předmětům nebo částem zobrazované věci, je ovlivněn většinou vztahem, který dítě k tomuto zaujímá (Uždil, 1974).

Dětská kresba je rovněž výrazně ovlivněna neuromotorickými schopnostmi, schopností soustředit se, úrovní výtvarných dovedností (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Náměty dětské kresby jsou osoby a předměty, které mají zvlášť trvalý a obecný význam, častým námětem je sluníčko. První vědomé kresby, jestliže už mají věcný obsah, zobrazují jen izolované představy, tj. nedochází ke spojování představ, což by naznačovalo jejich vzájemný vztah. Dítě je důsledně antropocentrické, tj. středem jeho zájmu je člověk, a teprve potom všechno ostatní. S vývojovým postupem vchází do obsahu kreseb i prvky prostředí. (Uždil, 1974)

U dětí je kresba zcela přirozeným a spontánním prostředkem vyjadřování. Je však velmi důležité uvědomit si, že – s výjimkou výtvarně nadaných jedinců – už většina lidí od puberty spontánně nekreslí. Situace, kdy po nich vyžadujeme kreslení, se tak pro ně stává velmi neobvyklou. S tím spojená neschopnost kontrolovat, co o sobě jedinec kresbou vypovídá, velmi často vyvolává pocity nejistoty a ohrožení.

1.5.2 Dětská kresba v diagnostice

Je nutné zdůraznit skutečnost, že při diagnostice je třeba využívat všechny dostupné údaje a neredukovat tak jedince pouze na autora kresby. Kresebné techniky je vhodné zařazovat v kombinaci s dalšími diagnostickými metodami. Je výhodné se s dítětem nad kresbou pozastavit a v rozhovoru s ním se zaměřit na to, co kresba znázorňuje.

Kresebné projevy a na nich založené psychodiagnostické postupy patří bezesporu k nejstarším projekčním metodám. Šípek (2000) je zahrnuje mezi tzv. expresivní techniky. Zobrazují část vědomých a část nevědomých rysů osobnosti,

jejich vztah k chování a jednání jedince bývá těsnější než u toho, co člověk říká. Psychologická diagnostika využívá volnou kresbu, doplňování začatých kreseb i tématické kresebné techniky.

Psychodiagnostika u dětí je o to složitější, že pokud se u dospělých osob setkáváme s již rozvinutými a relativně dlouho i stabilními somatopsychickými charakteristikami - u dětí a dospívajících je hlavním a charakteristickým znakem právě nestabilita, vývoj, pohyb a změna strukturálně funkčního systému organismu a osobnosti (Švancara, 1980).

Využití kreseb a kresebných testů je oblíbené a široce využívané zejména v oblasti dětské klinické psychologie. Kresby lze použít jako úvodní metody, k navázání kontaktu, neboť kreslení je pro většinu dětí činností příjemnou a přitažlivou, nemívají z takového úkolu strach a ani k němu nepociťují výraznou nechuť (Říčan, Krejčířová, 1997). Kresebné techniky nejsou příliš časově náročné a mohou nám poskytnout důležité informace zejména o vývojové úrovni a citovém ladění dítěte.

Lze takto zjišťovat např.:

- orientační úroveň vývoje rozumových schopností dítěte;
- poruchy v oblasti zrakového vnímání, senzomotorické koordinace, jemné motoriky a jejich vzájemné koordinace;
- úroveň vizuální paměti a představivosti;
- některé osobnostní charakteristiky dítěte, jeho emocionální ladění, kvalitu sebehodnocení, postoje k druhým lidem, apod. (Svoboda (ed.), Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Podle Švancary (1980) je možné shrnout zásady pro použití kresby v psychologické diagnostice do následujících bodů:

. pro předškolní děti a taky pro některé děti mladšího školního věku je kresba hrou, i jejich testová kresba má proto probíhat v atmosféře hravé činnosti

- . používáme jednotný formát popisu a jednotný kreslicí materiál
- . zaznamenáváme všechny důležité okolnosti – datum, čas, verbální doprovod, lateralitu, otáčení papíru, apod.
- . v individuální diagnostice se opíráme především o kresby, jejichž vznik jsme mohli sledovat
- . psycholog by měl při diagnostice být schopen zařadit kresbu z hlediska vývojové úrovně a z hlediska neobvyklých znaků
- . kresbu chápeme jako výsledek činnosti, která je multidimenzionální
- . kresba by nikdy neměla být jediným východiskem projektivní interpretace
- . projektivní tendence si ověřujeme explorací, konfrontací s výsledky dalších zkoušek, rozhovorem s rodiči, apod.
- . kresba může být indikátorem tvořivých schopností i patologických procesů (funkčních i organických)
- . kresba je tím méně spolehlivým ukazatelem rozumového vývoje, čím je dítě starší
- . pro výzkumné účely se osvědčuje hodnocení kresby dvěma nezávislými posuzovateli.

Z velkého množství diagnostických metod, využívajících kresebného projevu, se blíže zaměřím na Test kresby stromu.

1.7 Test stromu

Jedná se o poměrně jednoduchou, časově nenáročnou diagnostickou metodu, která nám umožňuje komplexní pohled na osobnost v celé její složitosti a dynamice.

Doporučuje se užívat této techniky jako součásti ucelenější testové baterie. Z kresby stromu lze usuzovat i na úroveň rozumových schopností, i když podstatně více vypovídá o našem přístupu ke světu a o způsobech řešení problémů (tj. o kognitivním stylu). Odkazuje nás do hlubších vrstev naší osobnosti, poukazuje na její nevědomé a potlačené stránky.

Jak ale zdůrazňuje Altman (1998) šířka pohledu na člověka skrze kresbu stromu závisí jednak na množství projektivních prvků v kresbě a jednak na schopnosti psychologa objevit a hlavně pochopit jejich význam.

Autorem původního Testu stromu (Der Baumtest) je Karl Koch, test byl prvně vydán v roce 1949. Při tvorbě testu se inspiroval grafologií; základním předpokladem se stala představa, že kresba stromu je symbolickým zobrazením sebe sama. Koch považuje strom za ideálního nositele projekce, neboť strom patří k nejstarším symbolům lidstva.

U nás vyšel český manuál k hodnocení kresby stromu, aktualizovaný Zdeňkem Altmanem, v roce 1998. vychází v něm z prací K. Kocha a U. Avé-Lallemant.

Šebek s Říčanem (1981) uvádějí, že původní test podle Kocha navazuje na spekulativní tradici německé vrstvé psychologie, která je inspirována klagesovskou grafologií. Její myšlenka je založena na předpokladu, že kresba stromu je symbolickou úrovní kresby sebe sama. Výše zmínění autoři tak předpokládají, že kresba vzniká pod vlivem převážně nevědomé struktury osobnostního prostoru.

Podle Stančáka (1982) se Baum-test osvědčil také coby součást diferenciálně-diagnostických vyšetření.

Kromě tohoto testu existuje ještě Test tří stromů, který je založen na stejném principu. Jeho autorem je portugalec R. Corboz, který předpokládá, že v kresbě stromů je možné identifikovat citové vztahy k jiným lidem, speciálně se jedná o vztahy mezi jednotlivými členy rodiny.

Důležité je, že v instrukci při administraci nesmí být obsažena informace o tom, že by si měl proband představit tři stromy jako svou rodinu. Požaduje se pouze nakreslení „nějakých tří stromů“. Po dokončení kresby jsou pak probandi dotazováni, koho z rodiny jim který strom připomíná. Předpokládá se, že dítě označí jeden ze stromů jako sebe samotné a zbývající jako jeho rodiče, případně jiné blízké osoby – pak je ale potřeba dotazováním zjistit, proč dítě zvolilo právě tyto osoby (Svoboda, 2002).

Vývoj kresby stromu prochází stejně jako např. vývoj kresby lidské postavy určitými typickými stádii. Strom patří mezi náměty, kterými se dítě zabývá velmi brzy a které se po dlouhou dobu vyvíjejí ve stále dokonalejší tvar (Pogády a kol., 1993).

Ve třech až čtyřech letech kreslí děti strom jen velmi výjimečně, a pokud přece pak vychází z kresby kříže a kruhu. V pěti letech se v kresbě stromu začínají objevovat stále složitější tvary, což samozřejmě souvisí s rozvojem kreslířských dovedností. Zpočátku dítě kreslí jen vertikální linku, která je v pravidelných úsecích protínaná kratšími vodorovnými čarami, na kterých jsou oválky představující listí nebo jehličí (ty dítě zpočátku nerozlišuje). Později se tato pravoúhlost (tzv. R-princip) narušuje a větve se odklánějí, přibývá jejich počet a větvení se komplikuje. Později dochází k odlišení jehličnatého a listnatého stromu; jehličnaté stromy ožívají v dětských kresbách zejména díky symbolice vánoc. Listnatý strom je nejčastěji ovocný, přičemž na větvích jsou kromě listů zobrazovány i plody. Snaha dokreslovat na stromě jednotlivé listy a nespokojovat se jen s náznakem koruny je dětem vlastní (Uždil, 1974).

Zpočátku se v kresbě stromu, stejně jako v kresbách obecně, projevuje tendence zobrazovat zejména to, co dítě považuje za důležité. Teprve postupně se kresba stromu stává realističtější. V této fázi vývoje lze kresbu hodnotit pouze z hlediska celkové vývojové úrovně, případně z hlediska vývoje dílčích schopností a dovedností.

Altman uvádí, že teprve v období mezi desátým a jedenáctým rokem se mění postoj dítěte ke kreslení a mění se způsob uvažování dítěte, čímž se v kresbě stromu objevují vedle infantilních znaků také obsahy, jež lze interpretovat z projektivního hlediska (Svoboda (ed.), Krejčířová, Vágnerová, 2001). V adolescenci tak má kresba stromu podobný charakter jako kresba dospělých, a je možné ji proto využívat jako metody hodnocení osobnosti.

Typické znaky dětské kresby stromu, podle Zdeňka Altmana (2002):

- kresba je schematická,
- kmen je předimenzovaný, strom má malou korunu,
- chybí adekvátní přechod z kmene do větví,
- základna je nápadně nízko u dolního okraje, eventuálně strom přímo vyrůstá z dolního okraje,
- sklon k mechanickému řazení a opakování prvků, např. nasazení větví, místění ovoce apod.,
- uzavřené konce větví, potřeba uzavřeného tvaru,
- disproporčnost, např. příliš široké větve na tenkém kmenu,
- různé doplňky, kresba více stromů,
- tmavý, začerněný kmen, eventuálně jiné části stromu,
- nápadně rozšířená pata kmene.

Uvedené infantilní znaky je možné interpretovat také symbolickým způsobem. Nicméně mohou být pouze vývojově podmíněným projevem a nemusí mít tedy žádný symbolický význam. Např. začernění bývá často důsledkem zvyku používat pastelky a vybarvovat různé části kreseb. Dítě se tak někdy chová i tehdy,

když má k dispozici jen tužku. Špatná interpretace tohoto jevu může vést k označení dítěte např. za zvýšeně úzkostného (Altman, 2002).

Test stromu je zařazován do skupiny kresebných projektivních metod. Lze jej charakterizovat jako test vývojový a test struktury osobnosti.

Je založen na principu projekce, což je psychický proces, který přenáší subjektivní obsahy na objekt, přičemž aktivizuje nevědomí. Mnohoznačný a celkově neurčitý podnět – jako je zde úkol nakreslit strom – otevírá prostor pro symbolické vyjádření aktuálních vnitřních konfliktů a potlačených psychických obsahů. Často se tak projeví potlačené a nevědomé stránky osobnosti, které daný jedinec nechce nebo nedovede projevit jiným způsobem. Kromě toho vypovídá celkový styl kreslení i strukturace testové situace o základech psychického fungování testovaného jedince (Šípek, 2000).

Altman (2002) zdůrazňuje, že námět stromu nebyl vybrán náhodně. Strom se vyznačuje vysokou symbolickou hodnotou. Vlastnosti stromů jsou spojovány s řadou asociací vztahujících se k člověku a jeho vývoji. Samotné vlastnosti stromu vyvolávají řadu asociací, které mají pro člověka velmi hluboký, niterný význam.

Interpretace v testu stromu vychází z informací, které byly získány studiem archetypů a mýtů, grafologie a hlubinné psychologie. Koch se domníval, že kresba stromu je vlastně symbolickým ztvárněním sebe sama. V kresbě se tak často odráží neuvědomovaná či nevědomá představa o sobě samém, projevují se v ní postoje k vnějšímu světu, apod.

Se symbolikou stromu úzce souvisí symbolika kříže; grafická podoba kříže symbolizuje sjednocení protikladů.

Přednosti využití testu stromu (podle Altman, 1998):

- umožňuje pohled na dynamiku celé posuzované osobnosti při plném respektování její jedinečnosti;
- často se zde projeví i to, co posuzovaná osoba nechce nebo nemůže jinak projevit;
- vzhledem k tomu, že posuzovaná osoba nemůže kontrolovat, co o sobě kresbou vypovídá, poskytuje test stromu jen minimální prostor pro sebestylizaci a přetvářku;
- jednoduchá administrace, časová nenáročnost a možnost opakování;
- řada postřehů získaných takto jednoduše by byla jen velmi obtížně nahraditelná použitím jiných diagnostických technik.

Hlavním problémem při používání tohoto testu je riziko subjektivního zkreslení při interpretaci. Nemůžeme tak k výsledkům testu přistupovat jako k jednoznačně daným faktům, ale spíše jako k výchozím hypotézám, které si dále potvrzujeme použitím dalších diagnostických metod.

Z. Altman (1998) se vyjadřuje k **hlavním rizikům využívání testu stromu** následujícím způsobem:

- Hlavní problém interpretace podle něj spočívá v tom, do jaké míry je psycholog schopen proniknout do symbolického jazyka kresby, aniž by do svých interpretací vnášel vlastní obsahy. Mnohoznačnost a velmi malá strukturovanost výchozího materiálu totiž poskytuje prostor i pro projekci osobnosti vyšetřujícího.
- Další zdroj obtíží vidí v rozlišování toho, co na kresbě vzniklo náhodně, např. v důsledku nedostatečné kreslířské dovednosti, obrany nebo stylizace, a co je projevem vlastní projekce,
- Každá kresba má jinou vypovídací hodnotu, liší se zejména v množství a přínosnosti interpretovatelných prvků. Je nutné počítat také s tím, že se můžeme setkat i s kresbami, které neposkytují téměř žádné informace o osobnosti autora – jedná se především o schematické kresby, případně naučená výtvarná kliše.

- Setkat se můžeme také s kresbami se zdánlivě patologickými znaky, které ale vznikly jen v důsledku nepovedené stylizace, vědomé snahy nějakým způsobem ozvláštnit vznikající kresbu nebo z rozpaků z testové situace.
- V některých případech se naopak stává, že i závažná psychická porucha se v kresbě projeví velmi nenápadně a pokud se přímo nezaměříme na vyhledávání patologických znaků, mohou snadno uniknout naší pozornosti.

Administrace metody je velmi jednoduchá. Před testovanou osobu položíme bílý arch papíru formátu A4 s instrukcí: „Nakreslete strom, jaký chcete, jak nejlépe umíte, ale neměl by to být jehličnatý strom (u dětí je možné doplnit vánoční stromeček) ani palma“. Je dobré upozornit také na to, že se nehodnotí estetická nebo umělecká úroveň kresby. Doba určená pro kreslení není limitovaná, ale obvykle není delší než 10-15 minut. Důležitým zdrojem informací je také pozorování testovaného jedince při kreslení. Je vhodné se po skončení práce dítěte zeptat na to, co nakreslil, proč má strom určité znaky, co znamenají apod.

Tato metoda je vhodná pro používání u dětí od desíti let (Svoboda (ed.), Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Při interpretaci je velmi důležité si uvědomit, že se jedná o projektivní test, což vyžaduje tvořivý přístup. Pracuje se s náznaky, které samy o sobě nemají velkou vypovídací hodnotu; tu získávají až po zasazení do vzájemných souvislostí.

Postupujeme od celkového hodnocení kresby, jako je způsob provedení, velikost, umístění kresby na ploše papíru, celkový dojem, který kresba vyvolává, k hledání dominantních znaků a zbývajících detailů.

Interpretace celkového provedení kresby a dominantních znaků, která tvoří podstatu kresby, vytváří základní představu o testované osobě. Pomocí analýzy ostatních prvků pak tuto základní představu dále rozvíjíme a potvrzujeme.

Z. Altman (1998) uvádí možný **postup při interpretaci kresby**:

- posouzení kresby jako celku; jak byl splněn zadaný úkol, způsob provedení, dominantní znaky;

- hodnocení podle umístění a velikosti kresby, založené na symbolice kresebné plochy;
- celkový dojem, jak nakreslený strom působí;
- posouzení kresby z grafologického hlediska – tah, tlak, způsob vedení čáry;
- posouzení „zralosti“ kresby, tj. přítomnost a množství infantilních znaků;
- symbolický výklad;
- interpretace detailů;
- posouzení způsobů, jakým jsou části stromu vzájemně spojeny a propojeny, tj. prostupnost, napojování a zakončení větví a kmene;
- pohled na kresbu stromu jako na záznam vývoje osobnosti.

S výsledky, získanými analýzou a následnou interpretací konkrétní kresby, pracujeme jako s hypotézami, kterým postupně přisuzujeme různý stupeň pravděpodobnosti. Děje se tak zejména na základě jejich opakovaného výskytu a také ověřováním pomocí výsledků dalších testů.

Závěrem je nutné zmínit hlavní problém tohoto testu, kterým je jeho validita. Právě proto je důležité formulovat závěry velmi opatrně, spíše jako otázky či hypotézy než jako jasná tvrzení.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

V předchozí části diplomové práce jsem se věnovala teoretickému zpracování problematiky úzkosti, se zřetelem na oblast úzkosti u dětí. Věnovala jsem pozornost rovněž použitelným diagnostickým metodám, v závěru první části jsou pak teoreticky zpracovány a shrnuty základy testu stromu.

Na úvod bych chtěla zdůraznit, že problematika je záměrně nahlížena z pohledu možné využitelnosti v praxi. Cílem bylo nastínit možnosti a nedostatky využití testu kresby stromu jako orientační screeningové metody v oblasti diagnostikování poruch úzkostného spektra.

Hlavním záměrem této, tj. praktické, části práce je zmapovat projevy úzkosti v kresbě stromu u úzkostných dětí a zaměřit se na předpokládaný vztah mezi určitými, specifickými znaky v kresbě a možnou přítomností úzkosti.

Ráda bych předeslala, že tato práce rozhodně není orientována na klasickou práci s hypotézami. Jejím cílem je spíše jen upozornit na různé otázky a okruhy otázek, na které by bylo možné se v budoucnu dále zaměřit. Měla by vyvolat zájem o tuto problematiku a navrhovaný způsob jejího řešení a otevřít tak prostor pro tvorbu již konkrétnějších hypotéz.

Ve zpracování jsem si vědoma výrazných rezerv, zejména co se týká statistického zpracování získaných dat. Nicméně tato práce je pojata jako mapující výzkum, s cílem zorientovat se v daném prostoru a nalézt možnosti pro další, již konkrétnější výzkumnou činnost.

2.1 Záměr práce

Práce si klade za cíl zmapovat problematiku úzkosti u dětí a nahlížet tuto oblast skrze její možné projevy v kresbě stromu. Hlavním záměrem je pokusit se nalézt a pojmenovat znaky v kresbě stromu u již úzkostných dětí. Předpokládám, že tyto specifické znaky bychom mohli dále využívat v diagnostice, při analýze dětských kreseb pro detekci možných úzkostných projevů.

Základní výzkumnou otázkou se tak stalo: *Můžeme určit znaky, které jsou typické pro danou subpopulaci úzkostných a jaké to jsou?*

Na takto stanovenou výzkumnou otázku se pokusím odpovědět (jakkoli si uvědomuji nedostatek podkladů pro některá svá tvrzení) v diskusi.

K získaným kresbám jsem přistupovala kvalitativně. Každá z nich je vyhodnocena popisnou analýzou v souladu se standardními požadavky testu stromu a doplněna poznámkami z pozorování při samotném kreslení (viz přiložené datové CD).

V části práce věnované přehledu a interpretaci výsledků tak uvádím poznatky vycházející z tohoto kompletního materiálu ve snaze dát všechny dostupné informace do kontextu a poukázat na možnou spojitost uváděného znaku (a jeho četnosti v použitém vzorku) s výskytem úzkosti.

Hlavním záměrem mé diplomové práce tedy bylo pokusit se na základě sesbíraných kreseb úzkostných dětí detekovat možné signifikantní znaky v kresbě stromu, které by mohly naznačovat trvalejší tendenci využitelnou při screeningu úzkosti v dětském věku.

2.2 Charakteristika souboru

Zkoumaný vzorek je tvořen kresbami dětí, které pro velké obtíže s úzkostí musely vyhledat odbornou pomoc, většinou se jednalo o děti jistým způsobem sociálně inhibované. Pokud vezmeme v úvahu důvod, proč děti, resp. jejich rodiče kontaktovali psychologa, pak jednoznačně převládají problémy ve škole, nápadná uzavřenost, nedostatečná komunikace a výrazná nervozita. U několika probandů rodiče zmínili agresivní výpady objevující se jak doma tak ve škole. U všech dětí však byla diagnostikována zvýšená míra úzkosti, která stála v pozadí jejich aktuálních obtíží.

Podmínkou pro zařazení do souboru byl věk 12 – 14 let a vyhledání odborné psychologické pomoci pro problémy s úzkostí.

Kresby obsažené v tomto výzkumném vzorku pocházejí od probandů, u nichž již dříve, tj. v předcházejícím vyšetření, byla diagnostikována zvýšená úzkostnost, čímž v rámci této práce odpadla nutnost použít některý ze standardizovaných dotazníků zjišťujících míru prožívané úzkosti.

Ke každé kresbě tak náleží příslušná dokumentace, včetně anamnézy a zápisu z polostrukturovaného rozhovoru, specificky zaměřeného na oblast strachu a úzkosti. Anamnestická data pocházejí z úvodního rozhovoru s rodiči dítěte. V převážné většině případů (u 43 probandů) přichází na vyšetření dítě s matkou, zbytek (tj. 8 probandů) doprovází oba rodiče.

Vzorek je tvořen 51 jednotlivci ($n = 51$), ve věku 12-14 let. Byl shromážděn v rámci odborné praxe a pracovního úvazku na pracovištích pedagogicko-psychologické poradny v Rychnově nad Kněžnou a ve Zlíně, v rozmezí let 2002 – 2005. Sběr materiálu byl proveden formou jednoduchého sběru dat bez opakování v rámci komplexního vyšetření v PPP.

Věkové zastoupení pro $n = 51$

- 12 let...19
- 13 let...12
- 14 let...20

Počet osob podle pohlaví pro $n = 51$

- chlapci ...28
- dívky... 23

Rozdělení podle věku a pohlaví pro $n = 51$

- chlapci, 12 let... 7
- chlapci, 13 let... 10
- chlapci, 14 let... 11

- dívky, 12 let...12
- dívky, 13 let... 2
- dívky, 14 let... 9

2.3 Administrace

K získání výchozího materiálu, kterým jsou v případě této práce kresby stromu úzkostných dětí ($n = 51$), jsem individuálně zadávala vypracování Kochova stromového testu, v Altmanově pojetí.

Probandovi byl předložen čistý bílý papír o velikosti A4, záměrně pokládáný na výšku. Instrukce byla podána ve standardní podobě: „Nakresli strom, jaký chceš, jak nejlépe umíš, ale neměl by to být jehličnatý strom, vánoční stromeček ani palma“.

Dále měl proband k dispozici tužku, resp. uhl. Tato možnost výběru nebyla vedena žádným úmyslem, vznikla spontánní volbou prvního z probandů. Jak se však postupně ukázalo, ani v tomto případě nebyla volba kreslicího nástroje náhodná a svým způsobem podpořila výchozí předpoklad, že kresby úzkostných dětí budou vykazovat jisté shodné znaky.

Na vypracování kreseb byl poskytnut dostatek času, probandi nebyli omezeni žádným limitem.

2.4 Přehled výsledků a jejich interpretace

Sebrané kresby jsem vyhodnotila popisnou analýzou a přiřazením četností jednotlivých, vytipovaných znaků. Při prvopočátečním zvažování znaků, které by mohly signalizovat zvýšenou úzkost, jsem vycházela z Altmanova manuálu k Testu stromu (Altman, 2002).

Pro dokreslení uváděných výstupních poznatků jsem soubor zkoumaných kreseb zařadila do diplomové práce ve formě obrazové přílohy (kresby řazené podle pohlaví a věku). Komplexní interpretace všech kreseb daného výzkumného vzorku jsou zahrnuty do diplomové práce formou datového souboru na přiloženém CD, neboť jejich vložení do interpretační části práce by neúměrně narostl její rozsah.

Jako potenciálně nejsignifikantnější pro detekci úzkosti jsem stanovila následující znaky:

1. nespokojenost s prvním provedením kresby a následný druhý pokus,
2. roztřesená, přerušovaná, nejistá linie,
3. posunutí kresby vlevo,
4. zvýraznění kmen šrafováním, resp. začerněním,
5. pravidelné opakování prvků v kresbě,
6. chaotické uspořádání větví v koruně stromu,
7. mechanické napojování větví.

Jednotlivé kresby jsem analyzovala a jejich popisné charakteristiky jsem zařadila do práce v podobě souboru na přiloženém CD, protože jsem přesvědčená, že je důležité mít k dispozici veškerý výchozí materiál pro následující tvrzení. Získaná data vztahující se ke stanoveným kategoriím jsem sestavila do jednoduchých výsledných tabulek, které uvádím níže.

Každá tabulka obsahuje informace o četnosti uvedeného, předem vytipovaného znaku v celém souboru ($n = 51$) a rovněž jsou uvedeny četnosti zastoupení

odděleně pro chlapce ($n = 28$) a dívky ($n = 23$). Ke každé tabulce je dále připojen krátký komentář, ve kterém jsem se pokusila shrnout získaná data a dát je do kontextu s výsledky obsaženými v analýzách jednotlivých kreseb a s poznatky získanými z pozorování probandů při vyšetření.

Ve druhé části této kapitoly uvádím výčet znaků, u kterých Altman (2002) předpokládá, že mohou být zvažovány v souvislosti s možným výskytem zvýšené úzkosti. Nicméně v tomto souboru se nevyskytovala dostatečně často.

1. Nespokojenost s první kresbou – druhý pokus.

Celkově ($n = 51$)	Chlapci ($n = 28$)	Dívky ($n = 23$)
25	10	15

U úzkostných dětí se pravidelně objevovala výrazná nespokojenost s průběhem i výslednou podobou první kresby (typické je zde časté opravování, překreslování, snaha o mazání). Probandi požadovali mazací gumu, nový papír, popřípadě obraceli list na druhou stranu a kreslili znovu. Ve spontánním projevu v průběhu kreslení bylo možné pozorovat zvýšený nárůst nejistoty, drobný psychomotorický neklid (poposedávání na židli, odvracení pohledu od papíru, nejisté vyhledávání očního kontaktu s vyšetřujícím). Pro tyto opakované kresby je charakteristická velká propracovanost, dotahování detailů, a až pedantické opakování jednotlivostí.

2. Roztřesená, přerušovaná, nejistá linie.

Celkově ($n = 51$)	Chlapci ($n = 28$)	Dívky ($n = 23$)
38	20	18

Typickým projevem v kresbách zařazených ve zkoumaném vzorku se ukázalo být vedení linie. Jsou zde patrné přerušované (tj. krátké a nesouvislé), roztřesené,

případně až křečovitě a nejistě vedené tahy. Probandi neužívají jednolitě obrysové linie k zachycení základní podoby stromu. Kresba vzniká postupně napojováním jednotlivých krátkých, těsně za sebou, případně částečně vedle sebe kladených čar – což lze považovat za projev zvýšené nejistoty. Konečný výtvar celkově působí jako tenzní a napjatý. Pokud jde o kresby, kde byla použita tužka, pak je typický velmi slabý, kolísavý tlak na podložku (u kreseb uhlem toto bohužel není možno posoudit).

3. Posunutí kresby vlevo.

Celkově (n = 51)	Chlapci (n = 28)	Dívky (n = 23)
35	22	13

Směrování kreseb do levého pole plochy papíru je velmi výraznou charakteristikou objevující se v kresbách úzkostných dětí, což podporuje výchozí předpoklad, že nedílnou součástí úzkostných poruch je sklon k uzavřenosti a introvertní zaměření osobnosti.

Ve třech případech (z chlapeckého souboru) je patrné výrazné posunutí doleva, zároveň v kombinaci s malou velikostí kresby. To může signalizovat závažnější obtíže a do jisté míry to potvrzují i informace z celého vyšetření. U dvou z těchto probandů byla diagnostikována smíšená úzkostně-depresivní porucha.

4. Zvýrazněný kmen šrafováním, resp. začerněním.

Celkově (n = 51)	Chlapci (n = 28)	Dívky (n = 23)
31	10	21

Šrafování a začernování se objevuje typicky u kmene stromu, v případě uhlových kreseb je tomu – až na jeden případ – bezvýhradně. Ve dvou kresbách (v souboru dívek) je patrné šrafování, které lze pokládat spíše za projev výtvarné

stylizace, resp. za naučený způsob kresby. Šrafování a začernování ve zbývajících kresbách vznikl pravděpodobně jako důsledek snahy o překrytí či maskování původní, nepovedené kresby, případně jako projev úzkostného a depresivního prožívání. U probandů bylo v rámci pozorování možné zaznamenat tendenci skrývat vznikající začernovanou kresbu (otáčeli se, skláněli hlavu níž nad papír, stínili si předloktím).

5. Pravidelné opakování prvků v kresbě.

Celkově (n = 51)	Chlapci (n = 28)	Dívky (n = 23)
22	12	10

Typicky se objevuje v podobě listů v korunách stromů, případně jsou listy zobrazeny jakoby padající k zemi. Působí to však stereotypně až jednotvárně. Je to spíše otázka mechanického zobrazení téměř identických detailů.

Na rozdíl od projevů doprovázejících šrafování a začernování (tj. skrývání kresby), u opakovaně kreslených prvků je patrné částečné zklidnění, probandi jako by si tuto stereotypní činnost více užívali. V neverbálním projevu lze zachytit pohodlnější polohu při sezení, „otevřený prostor“ v hrudní oblasti, zvýšení či napřímení hlavy. Všechny tyto projevy podporují předpoklad, že toto pravidelné opakování prvků působí patrně jako prostředek k redukci vnitřní úzkosti.

6. Chaotické uspořádání větví v koruně stromu.

Celkově (n = 51)	Chlapci (n = 28)	Dívky (n = 23)
30	14	16

Chaos v tomto smyslu se v kresbách projevuje buď v podobě klasicky rozvětvené koruny se zamotanými, přes sebe se nelogicky překrývajícími větvemi,

nebo v podobě husté, neproniknutelné a zmateně uspořádané spleti drobných větviček, tvořených jednoduchými, krátkými liniemi.

V obou případech se tak projevuje vnitřní zmatek a neschopnost uspořádat si svět kolem sebe do smysluplného a bezpečného obrazu. Probandi vnímají své okolí jako velmi složité, nejasné, někdy přímo jako ohrožující – a to je pro ně velmi silným zdrojem úzkostného prožívání.

7. Mechanické napojování větví.

Celkově (n = 51)	Chlapci (n = 28)	Dívky (n = 23)
22	11	11

Větve na sebe nasedají jakoby bez ladu a skladu. Jsou tvořeny převážně jednoduchými, krátkými čarami, spojovány jsou mechanicky, střídavě, bez jakékoli vnitřní logiky. I zde se projevuje tendence ke stereotypnímu opakování jednoduchých tvarů, což může naznačovat, že probandi využívají této strategie k obraně proti pocitu úzkostného napětí.

Kromě předem vytipovaných a předpokládaných úzkostných znaků se v kresbách projeví další velmi zajímavé tendence.

Použití hutnějšího kreslicího materiálu – uhlová kresba.

Celkově (n = 51)	Chlapci (n = 28)	Dívky (n = 23)
17	6	11

Pravděpodobně jako nejzajímavější se ukázala možnost volby kreslicího nástroje. Poměrně velmi často se probandi uchýlovali při kresbě k použití uhlu, místo tradiční tužky. V několika případech (u 6 probandů) se stalo, že začal kreslit tužkou, ale po chvíli se rozhodl pro uhl. Fakt, že probandi měli k dispozici na

výběr mezi uhlem tužkou nebyl záměrný. Jeden z prvních probandů použil tuto alternativu naprosto spontánně, což mě zaujalo a proto jsem u ostatních při výběru ponechala svobodnou volbu. Původní chyba v administraci tak vlastně přinesla nové zajímavé zjištění.

Šrafováním překrytá, jakoby zamaskovaná, koruna stromu.

Celkově (n = 51)	Chlapci (n = 28)	Dívky (n = 23)
19	6	13

Dalším relativně výrazným společným znakem kreseb v tomto souboru je koruna stromu jakoby zahalená šrafováním, popřípadě stínováním. Zespod lehce prosvítá původní kresba větví – což opět podporuje předpoklad, že kresby úzkostných jedinců jsou poznamenány tendencí k dokonalosti spojenou se stálou nespokojeností s výsledkem. V důsledku toho pak dochází ke snaze jakýmkoli způsobem zakrývat či maskovat původní – dle probanda nepovedenou - kresbu.

Je velmi obtížné všechny znaky rozdělit do několika kategorií, neboť mezi kresbami lze každý znak nalézt v nespočetně mnoha podobách a vyjádřeních.

I v takto malém souboru je však možné najít několik velmi zajímavých projevů, které vypovídají o možném náznaku úzkosti (Altman, 2002), nicméně se neobjevily tak často, aby se daly jakýmkoli způsobem považovat za směrodatné.

V analyzovaném souboru jsou patrné menší podskupiny kreseb, které jsou si v některých znacích podobné:

- . křečovitě, ostré tahy (11 kreseb)
- . schematické, jednoduché obrysové kresby (8 kreseb)
- . kresby s infantilními znaky (6 kreseb)
- . neprodyšně uzavřená koruna stromu (12 kreseb)

- . koruna stromu jakoby stlačená odshora dolů (8 kreseb)
- . zkroucený kmen (5 kreseb)
- . větve jakoby se uzavírající kolem středu (13 kreseb)
- . zohýbané, nepřirozené zkroucené a propletené větve (8 kreseb).

Stejně tak jsou ve zkoumaném vzorku obsaženy kresby výrazně odlišné od ostatních. Jsou to kresby, které by si zasluhovaly větší pozornost a svůj vlastní prostor – nejlépe ve směru podrobného kasuistického zpracování.

3. DISKUSE

V této kapitole se pokusím kriticky zhodnotit svou práci a nastínit několik myšlenek, které mě v souvislosti s vypracováváním diplomové práce napadly.

Tím, že se práce snaží obsáhnout velmi rozsáhlé téma úzkosti a jejích projevů, jsem si vědoma, že většina kapitol je zpracována poměrně stručně a povšechně. Větší pozornost by si jistě zaslouhovala kapitola věnující se projevům úzkosti v průběhu dětství, stejně jako kapitoly věnující se možnostem diagnostiky, vhodné by také bylo rozpracovat více do hloubky problematiku dětské kresby a jejího vývoje. Uvědomuji si, že práce nezahrnuje veškeré možné přístupy k problematice úzkostných dětí a že některá témata v textu zahrnutá nejsou pojednávána do hloubky. Nicméně v diplomové práci jsem měla především v úmyslu problematiku zmapovat a popsat, a tímto způsobem otevřít možnosti dalšího postupu.

Snažila jsem se skloubit poznatky ze studia odborné literatury se zkušenostmi z praxe, doplnit je a ilustrovat kresbami úzkostných dětí. Poznatky získané z odborné literatury souhlasily do značné míry s mými vlastními zkušenostmi a rovněž s pozorovanými skutečnostmi.

Pokud bych zde měla krátce zhodnotit předchozí stránky mé diplomové práce, uvědomuji si několik zásadních sporných momentů:

- . při získávání informací o stromovém testu jsem vycházela pouze z Altmanova manuálu, resp. z jím vedeného kurzu a semináře na dané téma,
- . literárně přehledovou část jsem čerpala převážně z českých a slovenských pramenů,
- . co se týká výzkumného vzorku, je zcela na místě namítnout, že není dostatečně rozsáhlý,
- . rovněž zpracování získaných dat je pouze kvalitativní a přehledové,
- . nebyly vždy zcela dodrženy identické podmínky administrace testu, zejména co se týká volby kreslicího nástroje,

. poslední námitka je spíše námětem pro práci s projektivním testem tohoto typu. Domnívám se, že je velmi přínosné sledovat samotný proces kresby, vést s probandem o podobě kresby rozhovor a získat o něm touto cestou další cenné údaje.

V teoretické části jsem se pokoušela komplexně shrnout danou problematiku z různých úhlů pohledu. Její poslední část, zejména kapitola zabývající se testem stromu, popisuje, na čem je založen standardní postup a co je příčinou jeho tak rozšířeného využívání.

Cílem této diplomové práce bylo pokusit se zjistit a orientačně ověřit, zda je technika projektivního Testu stromu dostatečně citlivá při získávání poznatků o úzkosti a zda by ji bylo možno využívat pro orientační detekci potenciálně přítomného úzkostného prožívání. Chtěla jsem se také pokusit pojmenovat a poukázat na některé jeho nedostatky.

Z hlediska předem vytipovaných znaků je možné konstatovat, že u většiny z nich se opakovaný výskyt v kresbách úzkostných dětí prokázal, minimálně ve třetině případů.

V nadpoloviční většině kreseb se objevily následující shodné znaky:

- . roztržená, přerušovaná a nejistá linie,
- . posunutí kresby vlevo,
- . zvýrazněný kmen šrafováním, resp. začerněním,
- . chaotické uspořádání větví v koruně stromu.

Již při prvním pohledu je zřejmé, že úroveň vypracování je u jednotlivých probandů různá. Zatímco výrazně úzkostné děti věnovaly kresbě velkou péči a poměrně dlouhou časovou frekvenci, u méně úzkostných dětí je tomu spíše naopak – je zde patrná tendence mít kreslení rychle za sebou. Spektrum kreseb se tak rozšiřuje ke krajním podobám, od extrémně detailní až pedantické kresby ke kresbám velmi jednoduchým až schematickým. Z tohoto pohledu lze uvažovat o

možných souvislostech se stupněm prožívané úzkosti, tj. že se stoupající mírou úzkosti se zvyšuje úroveň vypracování kresby, důraz na detaily a stereotypní opakování drobných tvarů. .

Jistě by bylo velmi zajímavé například také srovnání doby, kterou ke kresbě jednotliví probandi potřebovali.

Pokud pomineme problémy s nejasným vymezením kategorií, je velice obtížné jednotlivé znaky do těchto kategorií zařazovat. Mezi kresbami lze každý znak nalézt v nespočetně mnoha podobách a různých vyjádřeních.

To je vlastně důkazem, že jedním z hlavních nedostatků této metody, tj. testu stromu, je značná míra volnosti a subjektivního zkreslení při výkladu získané kresby.

Stěžejním problémem testu stromu je otázka validity. Vzhledem k již řečenému nelze v žádném případě považovat výstupy z analyzovaných kreseb za jednoznačně daná fakta. Nejlepším přístupem v této situaci je pravděpodobně považovat získané výsledky spíše jen za východiska a orientační vodítka pro další systematickou diagnostickou činnost. Rovněž konečné závěry vyplývající z této metody je lepší či výhodnější formulovat v podobě otázek než jasně platných tvrzení.

Vzhledem k faktu, že test stromu může velmi snadno vést k nadhodnocování potenciálně přítomných patologických znaků (Altman, 2002), je nanejvýš nutné užívat jej uváženě a respektovat všechna jeho omezení a nedostatky.

ZÁVĚR

Úzkost a stejně tak i strach jsou pocity a stavy, se kterými se každý z nás běžně v životě setkává. Všichni je známe z vlastní zkušenosti. Vyskytují se všude tam, kde se člověk cítí být nějak ohrožen a vnímá, ať již oprávněně, nebo neoprávněně – nebezpečí. Patří mezi přirozené dispozice člověka a jsou nutné k jeho orientaci ve světě a k přežití, mají signální a tedy i obrannou funkci.

Mezi pojmy úzkost a strach není určena přesná hranice. Jejich užívání je z velké části věcí konvence, popřípadě jazykového citu. Navíc úzkost relativně běžně přechází ve strach a naopak. Často se prolínají a nezdá se, že by se rovněž vzájemně podmiňují, nelze je od sebe jednoznačně oddělit.

Úzkost a stejně tak i strach doprovázejí člověka po celý jeho život, nicméně jejich forma a intenzita se mění pod vlivem řady okolností, včetně věku. Předpokládá se, že dispozice k prožívání úzkosti jsou vrozené, i když je lze poměrně snadno modifikovat vlivy vnějšího prostředí, ať už se jedná o způsob výchovy či např. psychoterapii.

Tato práce byla zaměřena převážně na zmapování dané oblasti a snažila se poukázat na několik skutečností, které by mohly rozšířit dosavadní možnosti diagnostiky úzkostných poruch. Zároveň si ale uvědomuji, že práce nezahrnuje veškeré možné přístupy k diagnostice úzkostných dětí a že některá témata v textu zahrnutá nejsou pojednávána do hloubky.

V teoretické části jsem se snažila uchopit a popsat problematiku úzkostí v dětském věku. Vycházela jsem ze studia dostupné literatury a snažila se podat stručný přehled zvolené oblasti. V první kapitole se věnuji definici úzkosti, jejím příznakům a biologickým základům. Dále jsem se pokusila nastínit vývoj úzkosti v jednotlivých obdobích dětství. Následuje stručný přehled jednotlivých úzkostných poruch, se zřetelem na specifické úzkostné poruchy v dětství. V závěru

teoretické části práce pak podávám možnosti diagnostiky v oblasti úzkostných poruch, s těžištěm ve využití testu stromu.

Praktická část si kladla za cíl zmapovat stávající znaky v kresbě stromu poukazující na možný výskyt úzkosti a ověřit jejich použitelnost v praxi, resp. vytipovat další možné signifikantní projevy, které by v budoucnu mohly být využity pro screening úzkostných poruch skrze test stromu.

V empirické části práce se částečně potvrdily výchozí předpoklady, tj. že se v kresbách úzkostných dětí budou objevovat do jisté míry shodné nebo přinejmenším velmi podobné znaky.

Díky absolvovaným stážím v zařízeních poskytujících psychologickou, resp. psychiatrickou péči dětem a dospívajícím, i díky práci v pedagogicko-psychologické poradně jsem měla příležitost setkávat se s úzkostnými dětmi a poznat, jak obtížné někdy je zjistit příčinu stávajících problémů. Úzkost v tomto věku se velmi často maskuje ve formě školního neúspěchu, selhávání, sníženého sebevědomí, sociální inhibovanosti, někdy také ve formě agresivních výpadů.

Na možnost zkusit využívat kresby stromu jako jednoduché, poměrně nenáročné screeningové metody mě přivedly časté stesky nad neefektivitou stávajících diagnostických nástrojů.

Tato práce tedy chtěla otevřít toto téma k hlubšímu zkoumání a snažila se k tomu vytvořit základní, odrazový materiál. I proto jsem zvolila kvalitativní metodu získávání dat a její zpracování formou deskripce a interpretace stávající situace. Její obraz jsem se snažila nastínit pomocí sesbírání kreseb dětí s již diagnostikovanou zvýšenou úzkostností.

Uvědomuji si, že tato diplomová práce zdaleka nevyčerpala všechny otázky, které toto téma evokuje, a které by bylo vhodné si položit. Ráda bych proto v práci na tomto tématu dále pokračovala, na odbornější úrovni a s využitím

adekvátního výzkumného nástroje – obsahové analýzy, popřípadě také systematickým a hlubším srovnáním.

Stejně jako v reálném životě je každý člověk jedinečnou a osobitou individualitou, tak i v kresbách se objevuje nepřeborná šíře a variabilita znaků, které mohou poukazovat na nejrozličnější oblasti prožívání. Je tak třeba velmi dbát na všechny souvislosti a brát v potaz životní příběh daného člověka.

Resumé

Diplomová práce je zaměřena na zmapování problematiky úzkosti u dětí a na její možné projevy v kresbě stromu. Úvodní kapitoly se zabývají základní definicí úzkosti, příznaky a biologické základy úzkosti. Následuje popis vývoje úzkosti v jednotlivých věkových obdobích včetně stručné charakteristiky jednotlivých úzkostných poruch, se zřetelem na specifické úzkostné poruchy v dětství. V souvislosti s tím se zde krátce zmiňuje význam dětské kresby a jejího přínosu pro diagnostiku. V závěru teoretické části se velká pozornost věnuje popisu vybrané metody, tj. testu kresby stromu. Této oblasti se pak věnuje praktická část práce, kde se zaměřuji na využití kresby stromu jako možné screeningové metody pro detekci specifických znaků, které by nám mohly v praxi pomoci zjistit možnou přítomnost úzkosti.

Abstract

This diploma work is intent on the mapping of child anxiety problème and its possibly manifestations in drawing a tree. Introductory chapters deal with basic definition of anxiety, symptoms and biological basis of anxiety. The description of anxiety evolution during separate age periods follow, including brief charakterizations of separate anxiety disorders, considering specific child anxiety disorders. In connection there is signification of child drawing and its contribution to diagnostics mentioned. At the end of theoretical part there is a high consideration on description of chosen method, i.e. the test of drawing a tree. Practical part of this diploma work is devoted this sfere. I intent on exploitation drawing a tree as possible screening method for detection of specific marks, which could enable us find the presence of anxiety out.

Literatura:

ALTMAN, Z. *Test stromu. Příručka*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 1998.

ALTMAN, Z. *Test stromu. Příručka*. 2. rozšířené vydání. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2002.

BABYRÁDOVÁ, H. *Symbol v dětském výtvarném projevu*. Brno: Masarykova univerzita, 2004.

BARLOW, D.H. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press, 1988.

BARLOW, D.H. *Vznik a podstata úzkostných poruch: Teorie trojí vulnerability*. Psychiatrie 2004, č.2, str. 137-141.

BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001.

BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003.

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. a kol. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993.

BROWN, G.W., HARRIS, T.O., EALES, H.J. *Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders*. British Journal of Psychiatry, 1996, 168 (suppl. 30), p. 50-57.

CASEOVÁ, C., DALLEYOVÁ, T. *Arteterapie s dětmi*. Praha: Portál, 1995.

CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie*. Praha, Portál, 1998.

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2003.

DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha: Portál, 2001

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, 1995.

HÁRDI, I. *Dynamický test kresby lidské postavy*. Nové Zámky, 1992.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Portál 2002.

HOBDAYOVÁ, A., OLLIER, R. *Tvořivé činnosti pro terapeutickou práci s dětmi*. Praha: Portál, 2000.

HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995.

HONZÁK, R. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005.

HORT VĽ., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, E., MALÁ, H. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. (ed.) *Psychiatrie*. Praha: TIGIS 2002.

KAUFMANNOVÁ-HUBEROVÁ, G. *Děti potřebují rituály*. Praha: Portál, 1998.

KENNERLYOVÁ, II. *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál 2002.

KOVÁČ, B. *Zázračný svet detských kresieb*. Bratislava: Pallas, SFVU, 1972.

KRYL, M. *Farmakoterapie úzkostných stavů*. Psychiatrie pro praxi 2003/5, str. 224-225.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Portál, 2000.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001.

KUKUMBERG, P., ULČ, I. a kol. *Panická porucha*. Praha: Maxdorf, 2001.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998.

LEAHY, R.L., HOLLAND, S.J. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press, 2000.

LIBIGEROVÁ, E., RABOCH, J., PRAŠKO, J. *Generalizovaná úzkostná porucha II*. Praha: Maxdorf, 2000 .

MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O úzkosti a depresi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1996.

MAREŠ, J. a kol. *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha, H+H, 1992.

MEGLINOVI, D. a N. *Kreslení jako cesta k sebevyjádření*. Praha: Portál, 2001.

MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I. Skriptum*. Olomouc, FF UP, 1990.

MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie II. Skriptum*. Olomouc, FF UP, 1989.

PLANTE, T.G. *Současná klinická psychologie*. Praha: Grada, 2001.

POGÁDY, L., NOCIAR, A., MEČÍŘ, J., JANOTOVÁ, D. *Dětská kresba v diagnostice a léčbě*. Bratislava: Slovak Academic Press, 1993.

PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada, 2003.

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003.

PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál, 2005.

PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha, Triton, 1998.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén, 2000.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., VYSKOČILOVÁ, J. *Úzkost a obavy*. Praha: Portál, 2006.

PRIEST, R.G., BALDWIN, D. *Depression and anxiety*. London, Martin Dunitz, 1994.

RABOCH, J., LIBIGEROVÁ, E., PRAŠKO, J. *Generalizovaná úzkostná porucha*. Praha: Maxdorf, 1999.

REZKOVÁ, V. *Nedirektivní psychoterapie hrou*. Praha, Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 1994.

ROGGE, J.-U. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. vydání. Praha: Grada Publishing, 1997.

SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister&Principal, 2002.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002.

STANČÁK, A. *Klinická psychodiagnostika*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1982.

SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999.

SVOBODA, M. *Kresebný test tří stromů*. Psychodiagnostické sešity 1, 2002.

SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001.

ŠÍPEK, J. *Projektivní metody*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000.

ŠUPŠÁKOVÁ, B. *Svet detskej kresby*. Bratislava: Gradient, 1995.

ŠVANCARA, J. a kol. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum, 1980.

ŠVANCAROVÁ, L., ŠVANCARA, J. *Vývoj dětských grafických projevů*. (in Švancara, J., 1980. str. 197-216).

ULČ, I. a kol. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada 1999.

UŽDIL, J. *Čáry, klikyháky, paňáci a auta*. 1. vyd. Praha: SPN, 1974.

UŽDIL, J. *Mezi uměním a výchovou*. Praha: SPN, 1998.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998.

VOTAVA, M., UHLÍŘOVÁ, L. *Behaviorální preklinické modely úzkosti*. Psychiatrie 2004, č.1, str. 31-34.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003.

VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie (Úzkost a strach)*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství – J. Kocourek, 2000.

VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004.

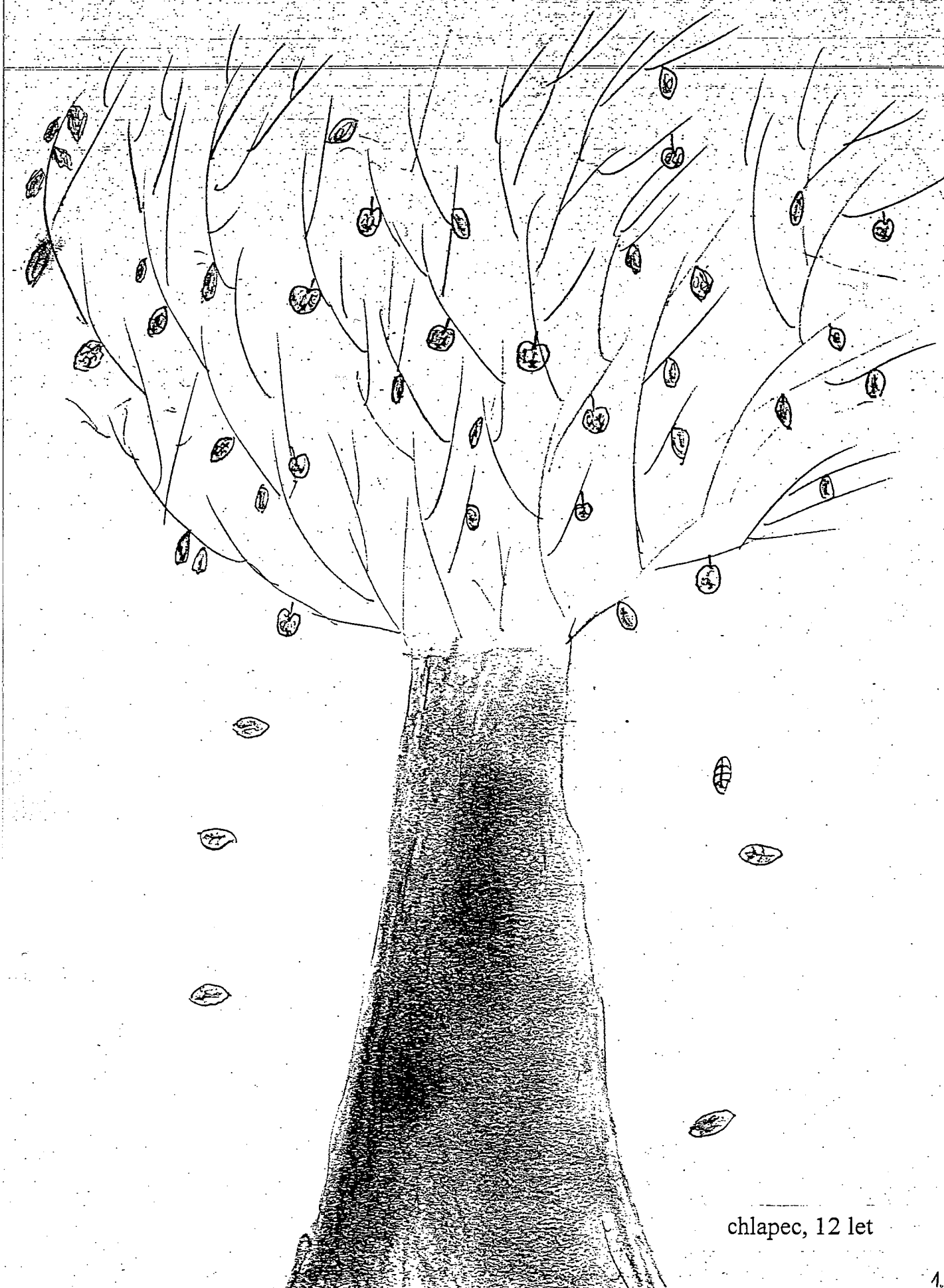
ZIČHA, Z. *Úvod do speciální výtvarné výchovy*. Praha: UK, 1981.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2. vydání. Praha: PCP, 2000.

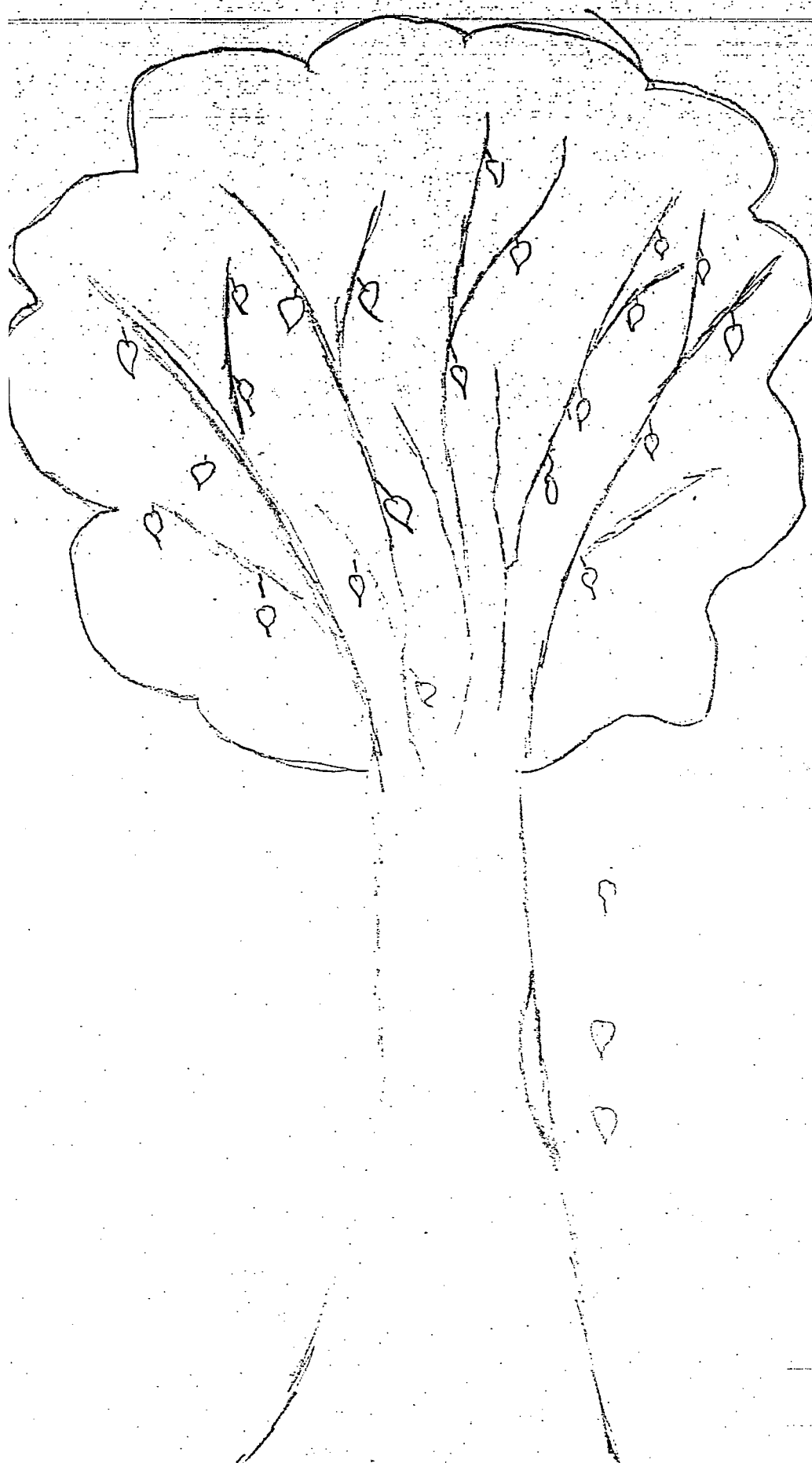
Kurz Test stromu vedený dr. Zdeňkem Altmanem, absolvovaný v roce 1997.

Seminář dr. Zdeňka Altmana na téma Kresba stromu, absolvovaný v rámci Kurzu pro začínající psychology v Brně, listopad 2005.

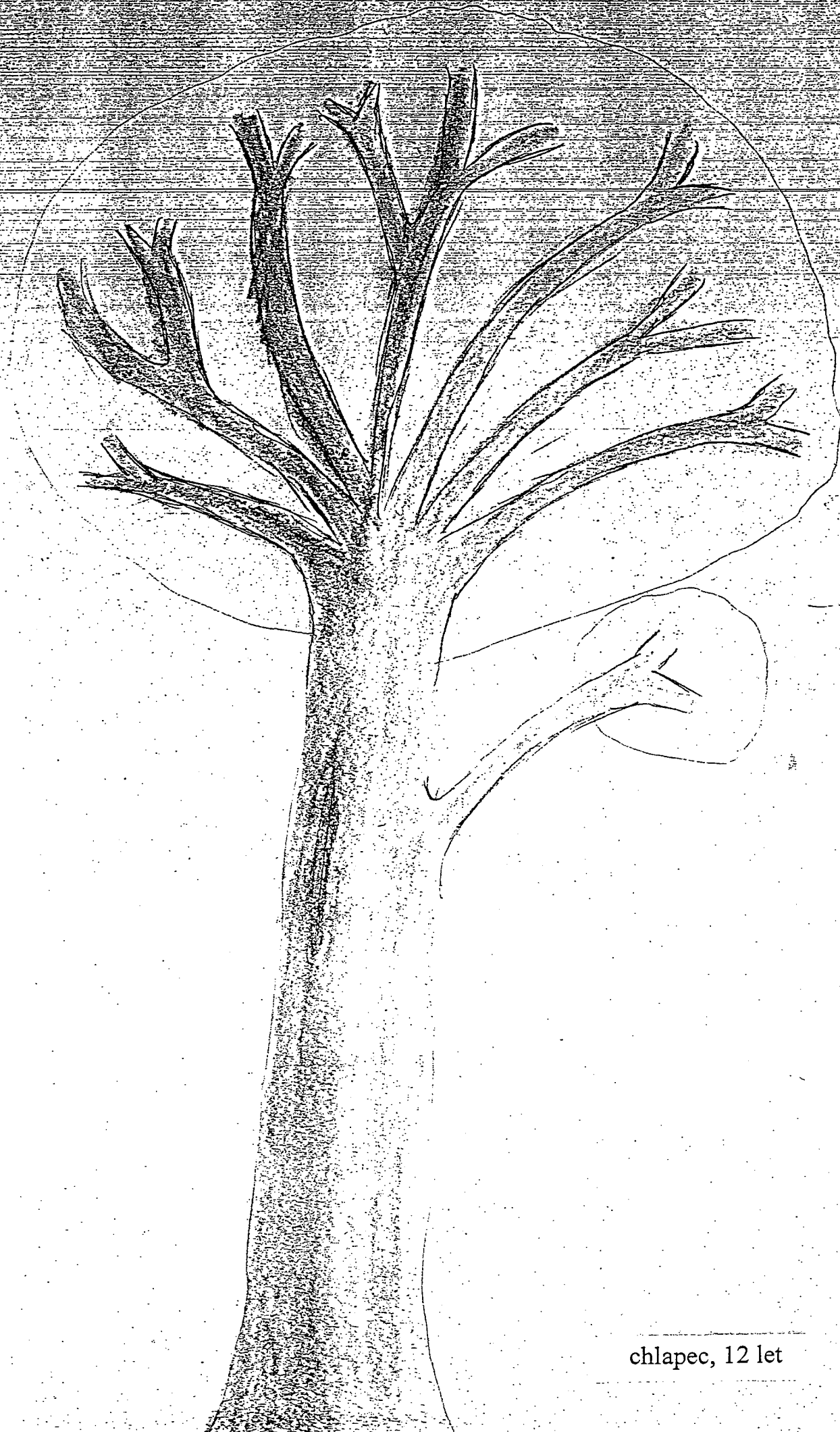
Obrazová příloha



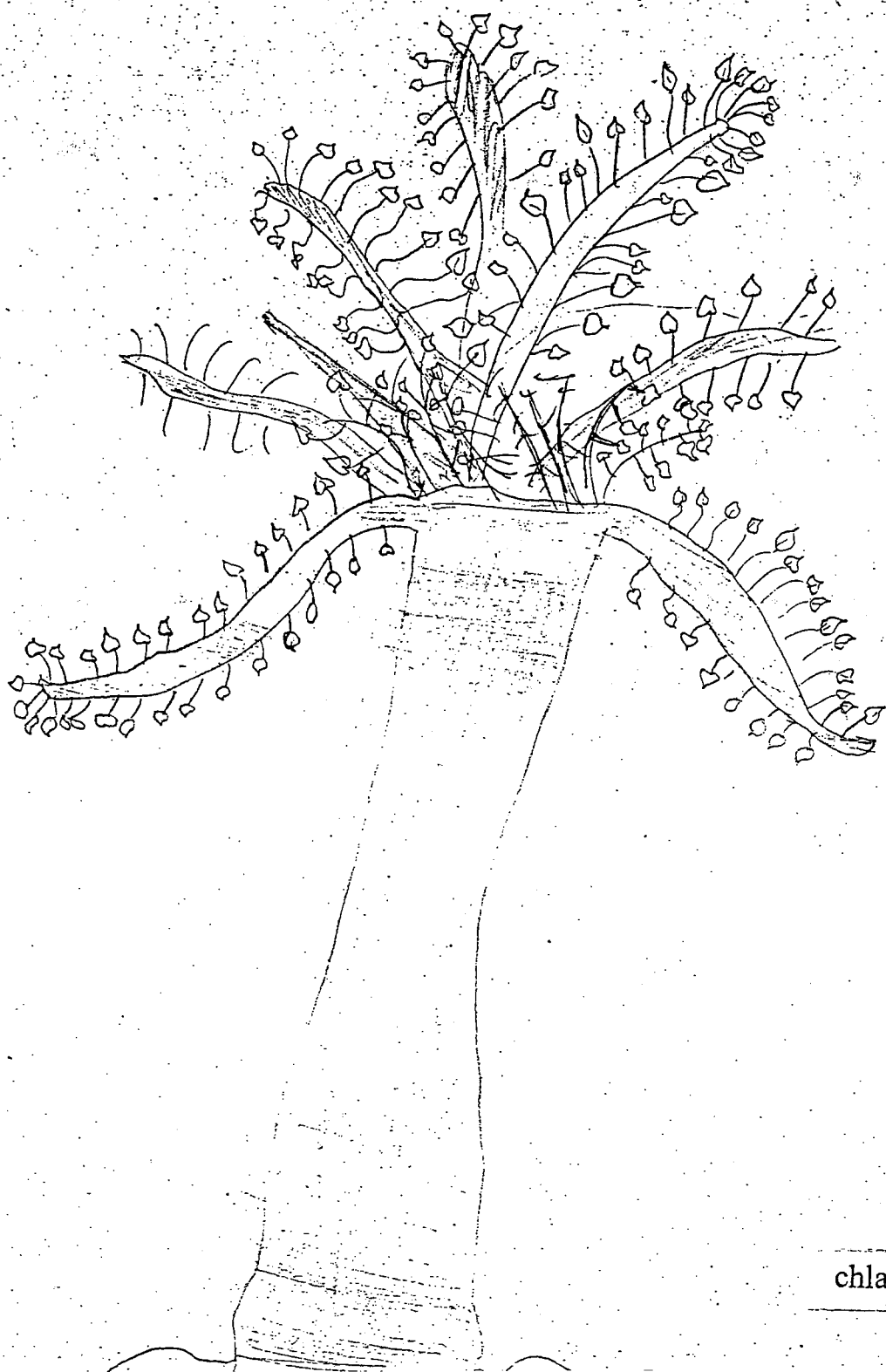
chlapec, 12 let



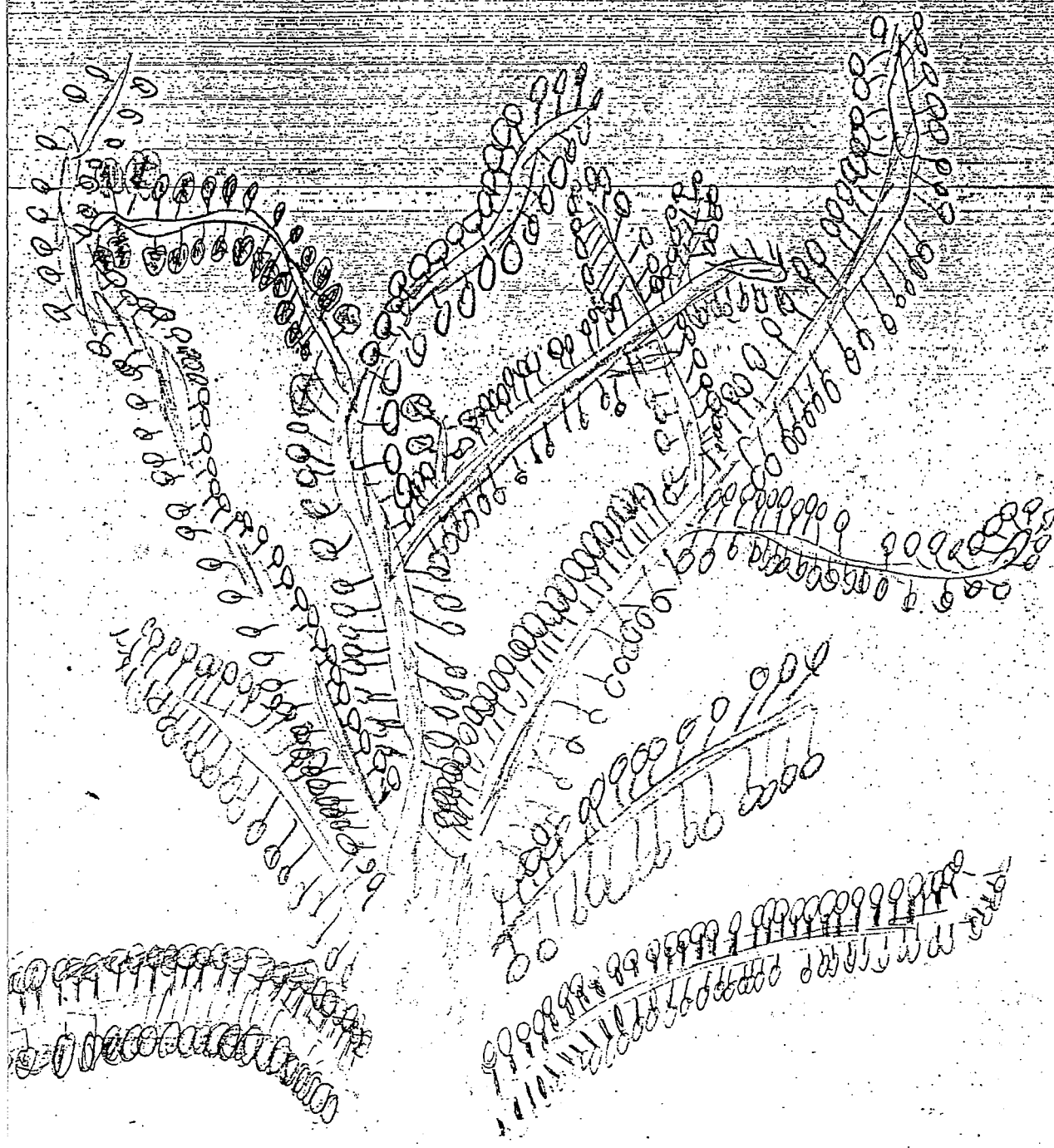
chlapec, 12 let

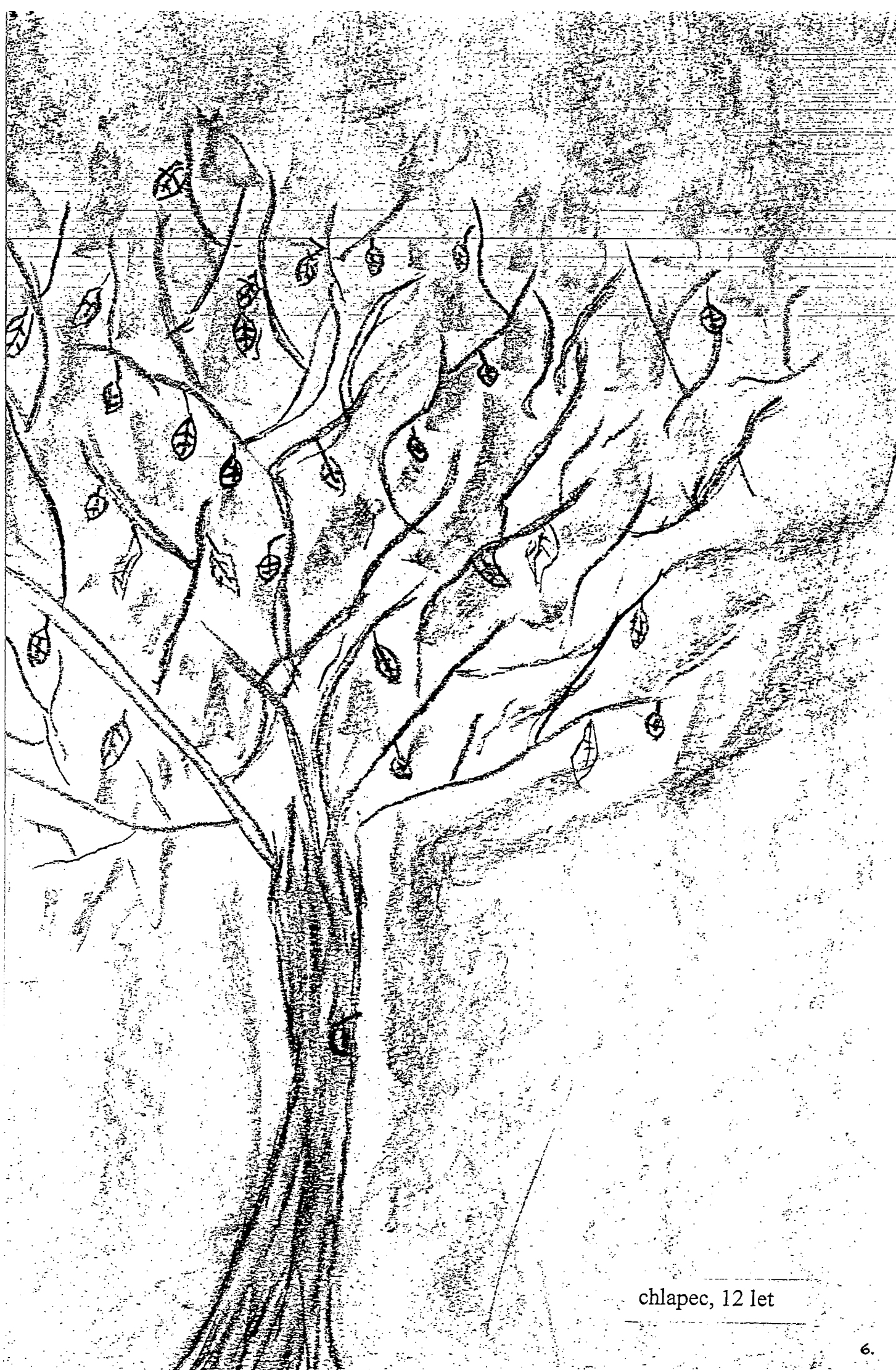


chlapec, 12 let

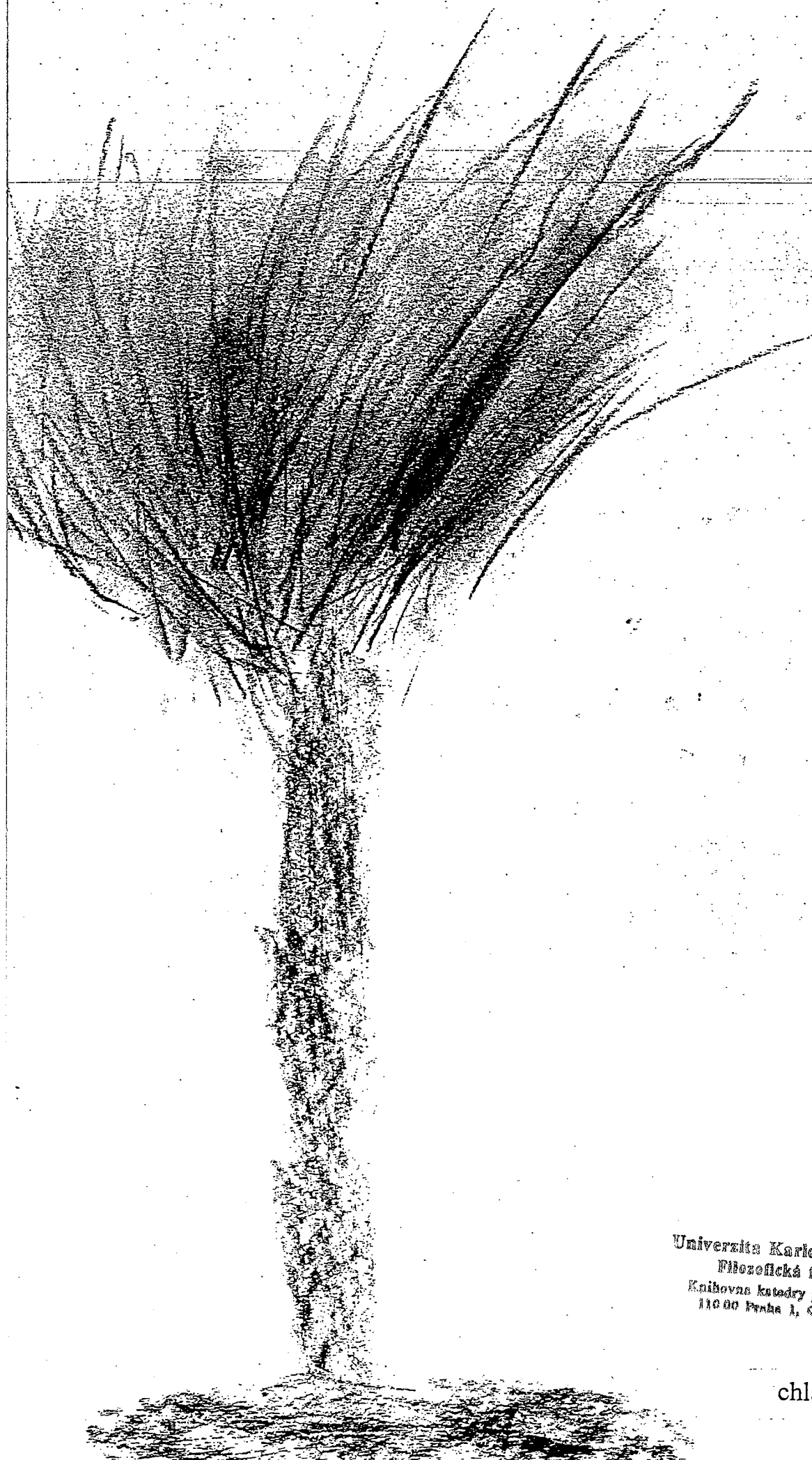


chlapec, 12 let



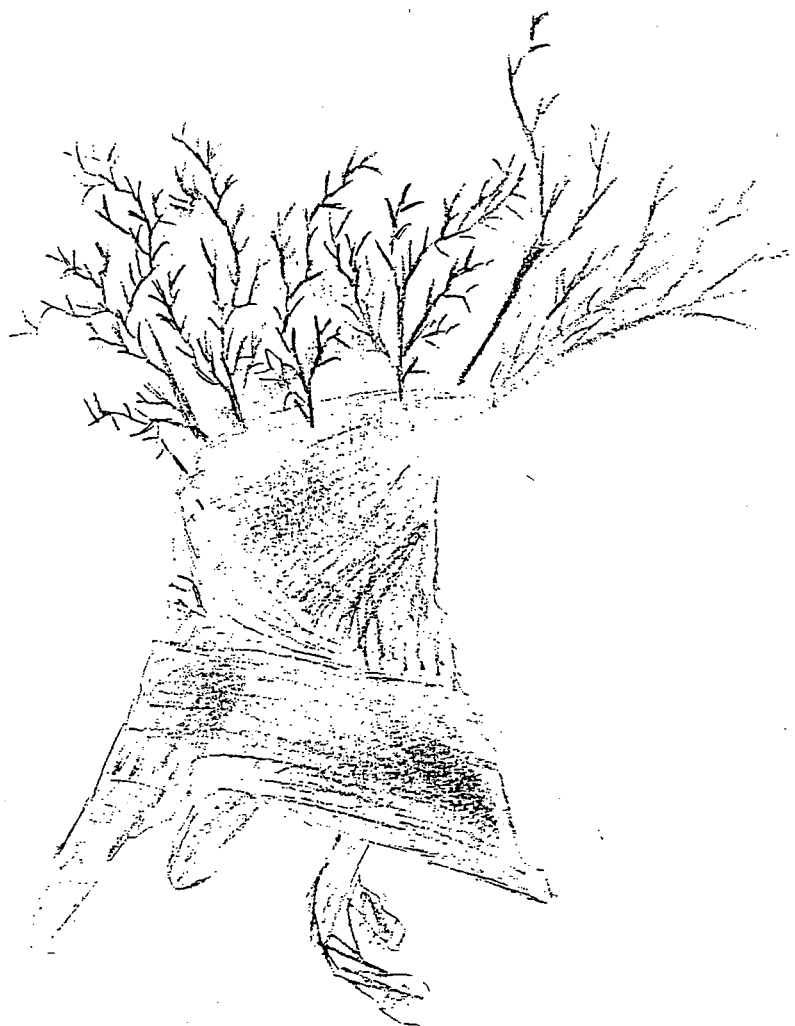


chlapec, 12 let

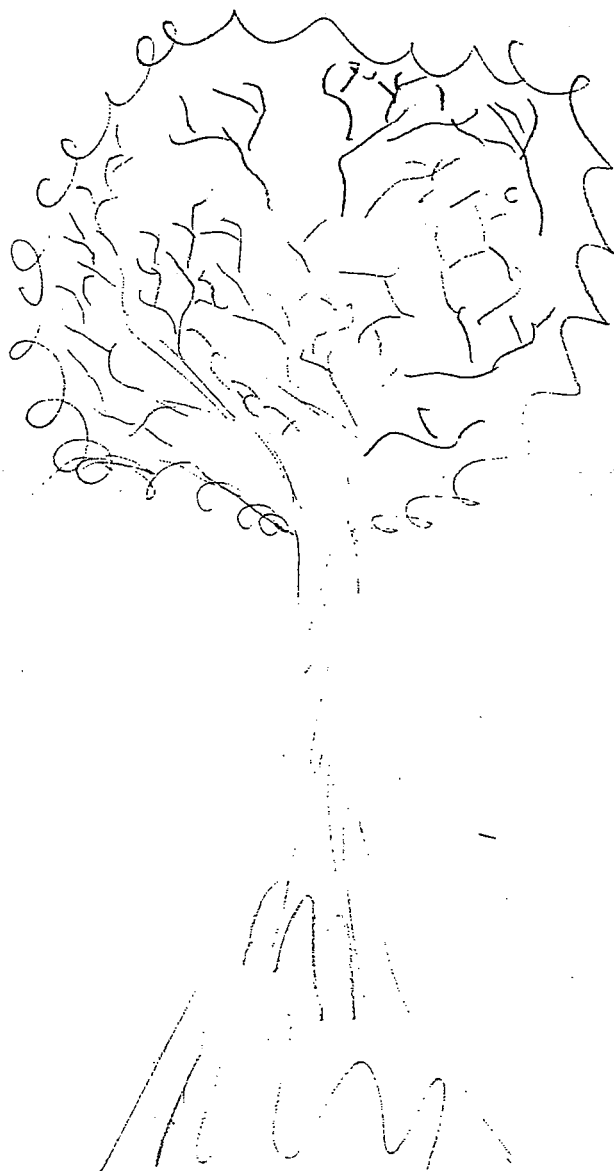


Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Knihovna katedry psychologie
110 00 Praha 1, Cestná 20

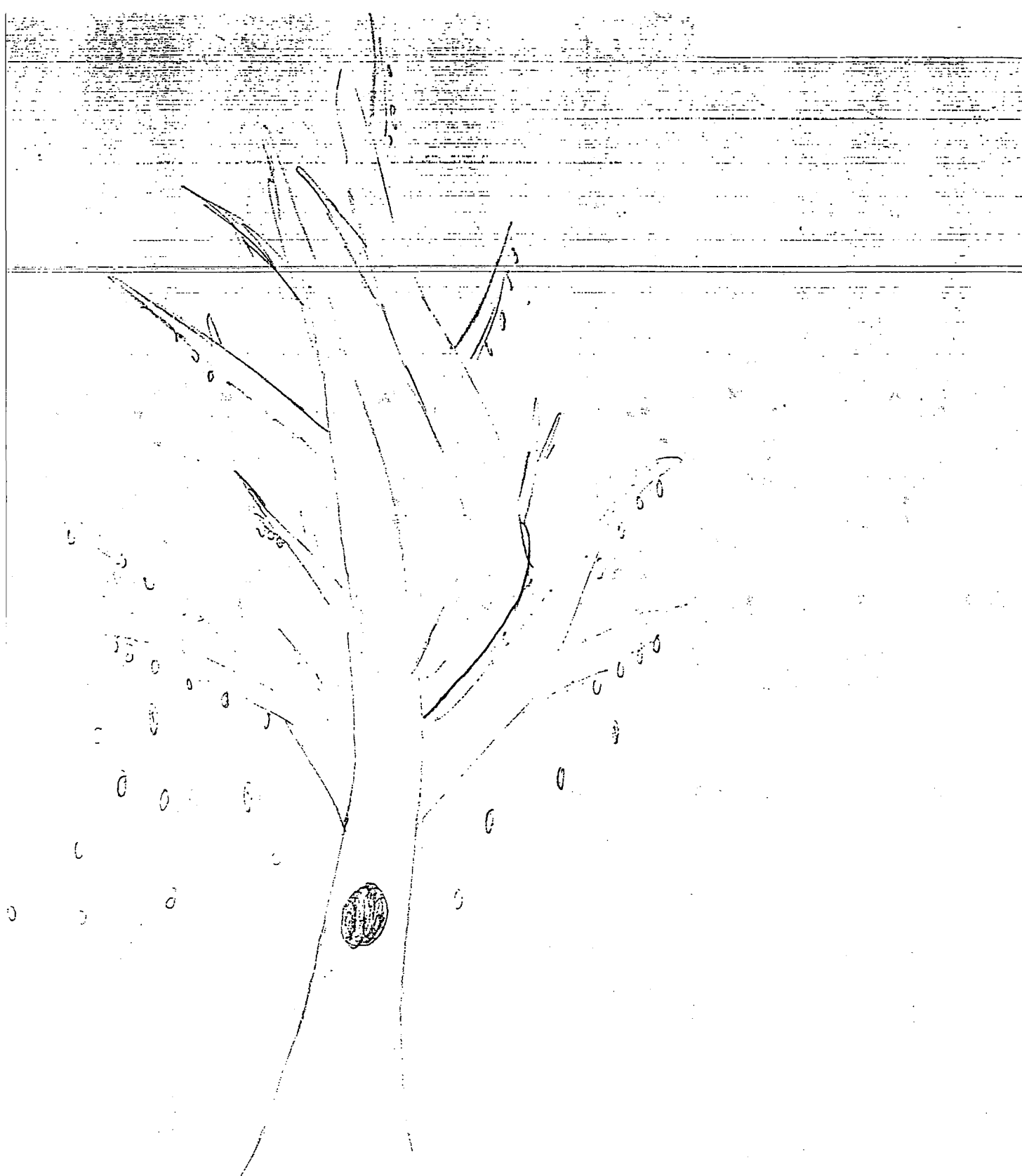
chlapec, 12 let



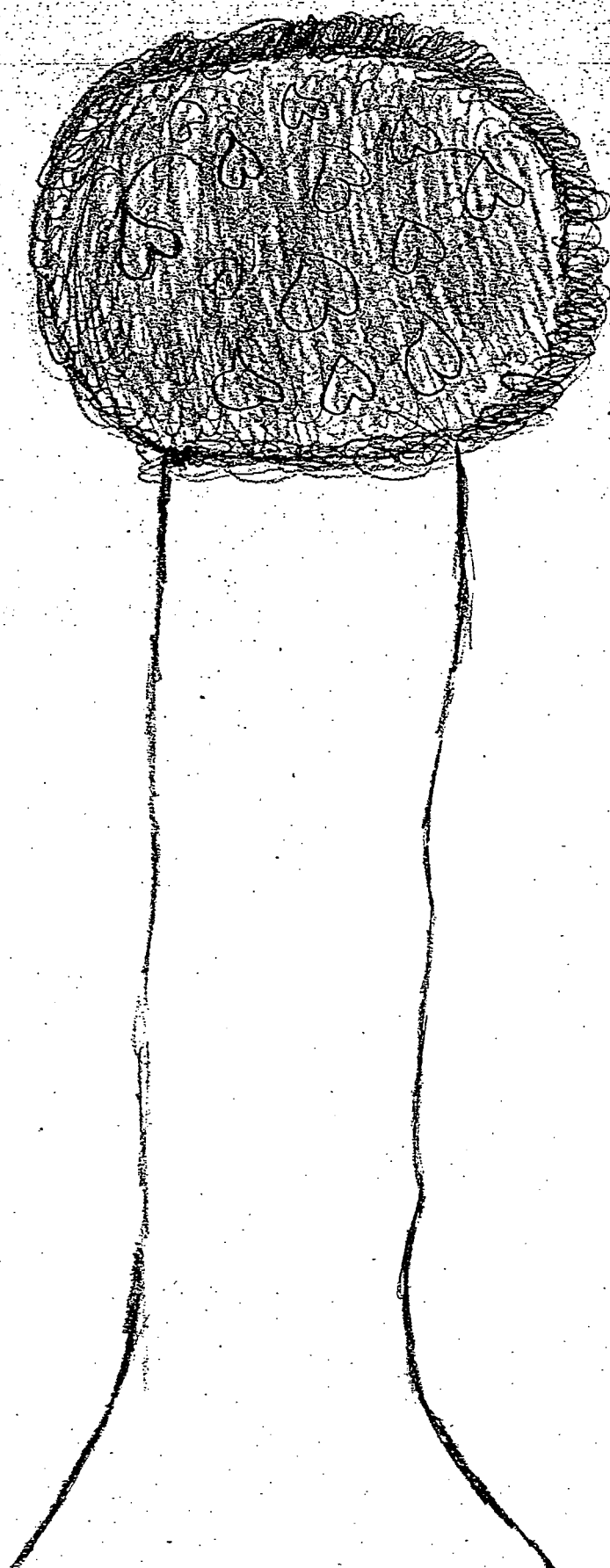
chlapec, 13 let



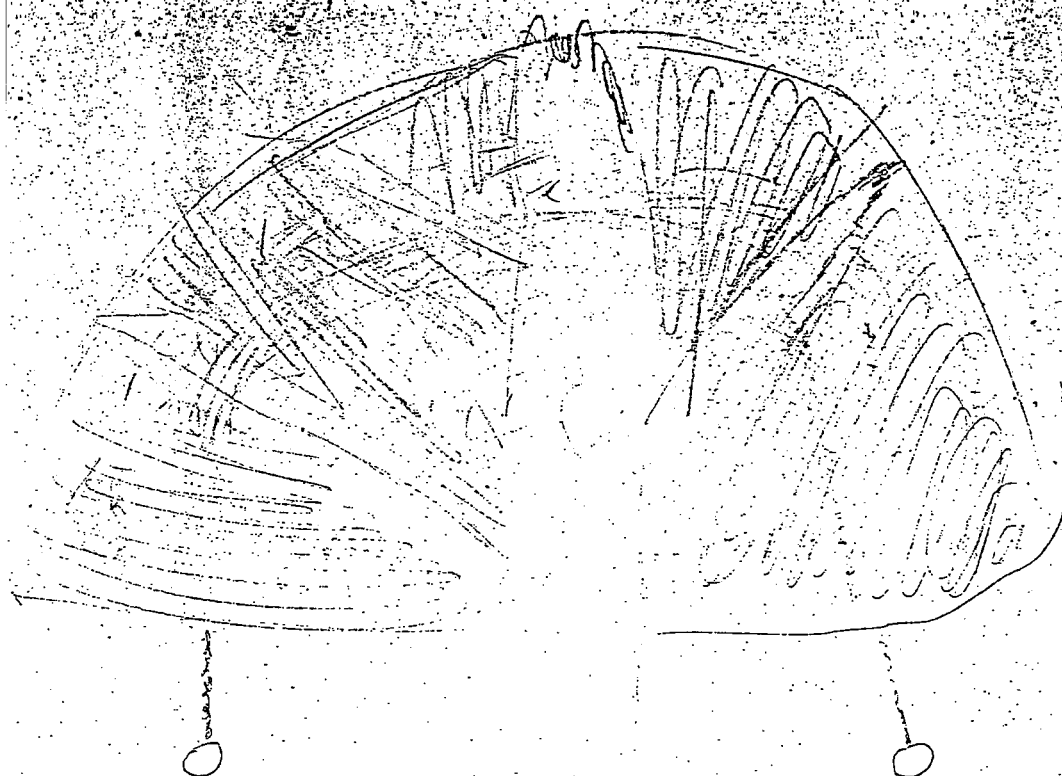
chlapec, 13 let



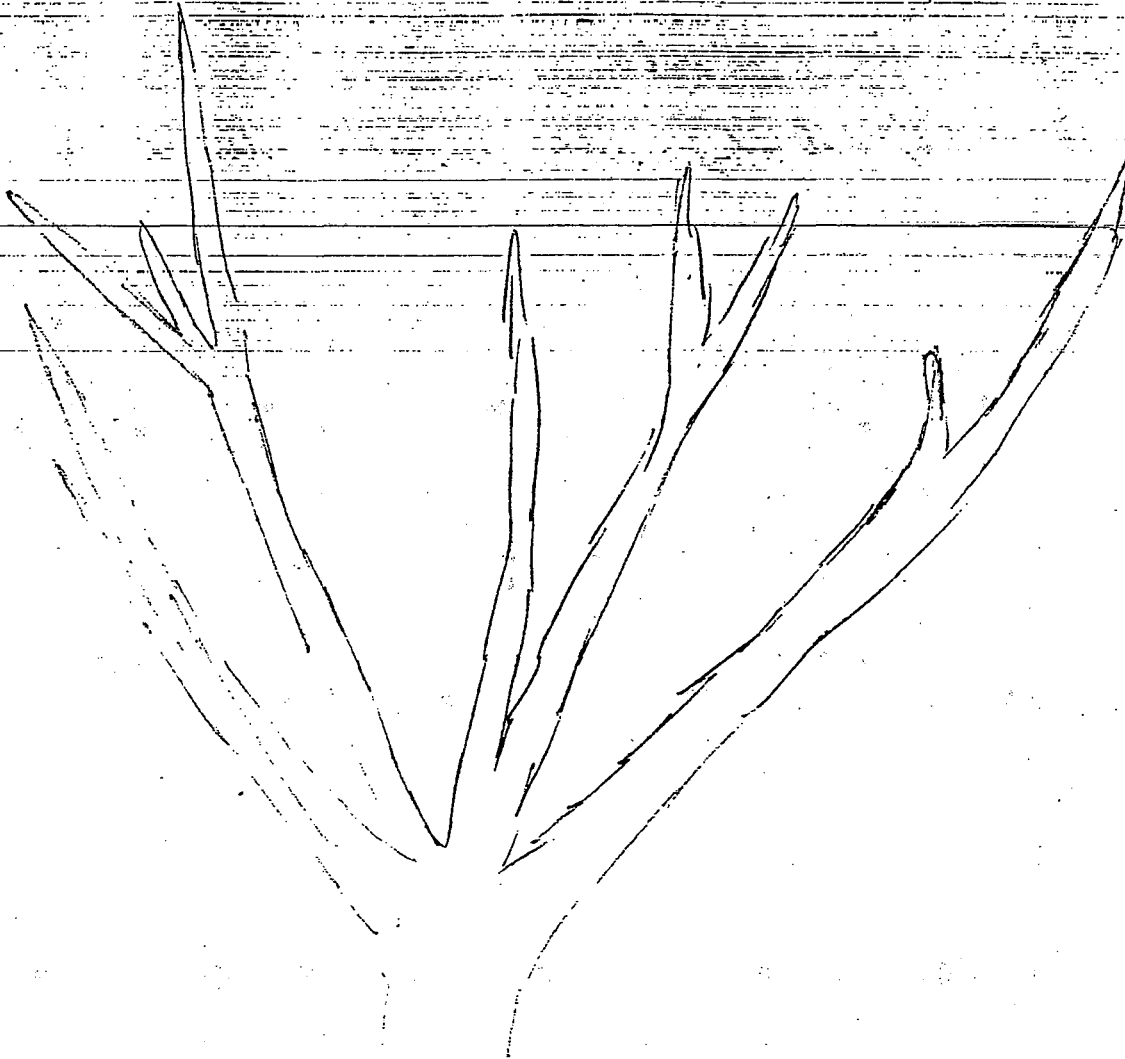
chlapec, 13 let



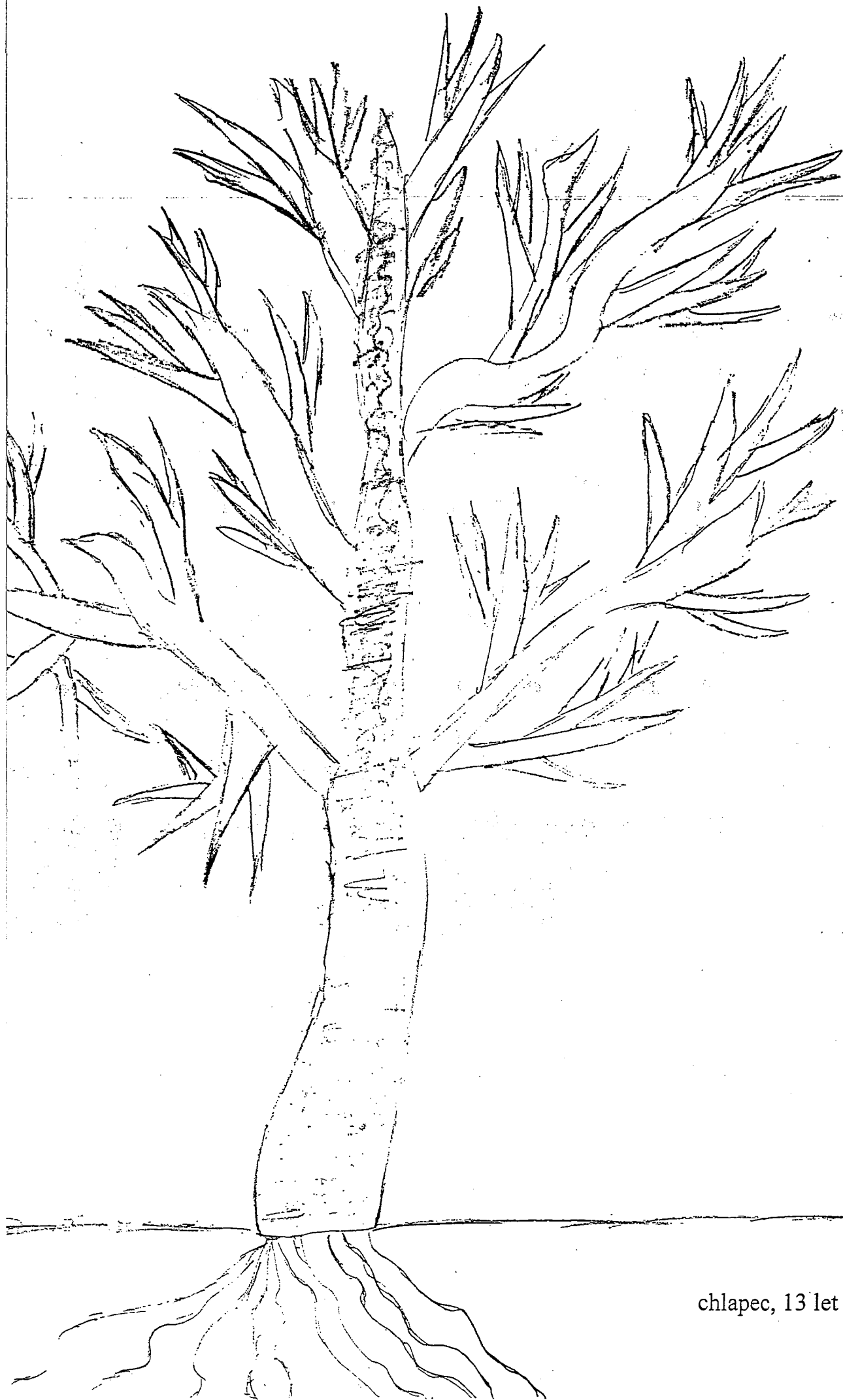
chlapec, 13 let



chlapec, 13 let



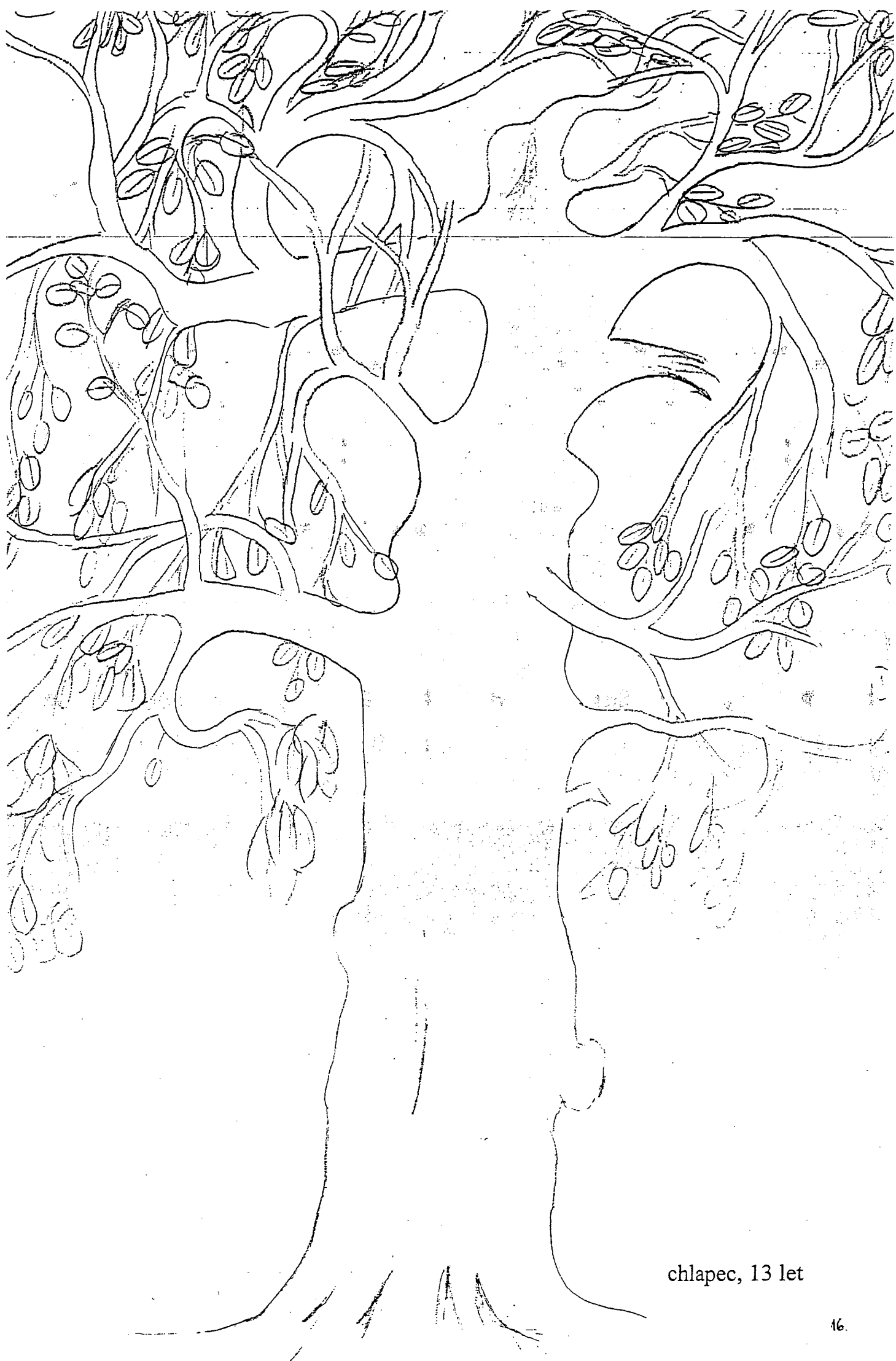
chlapec, 13 let



chlapec, 13 let



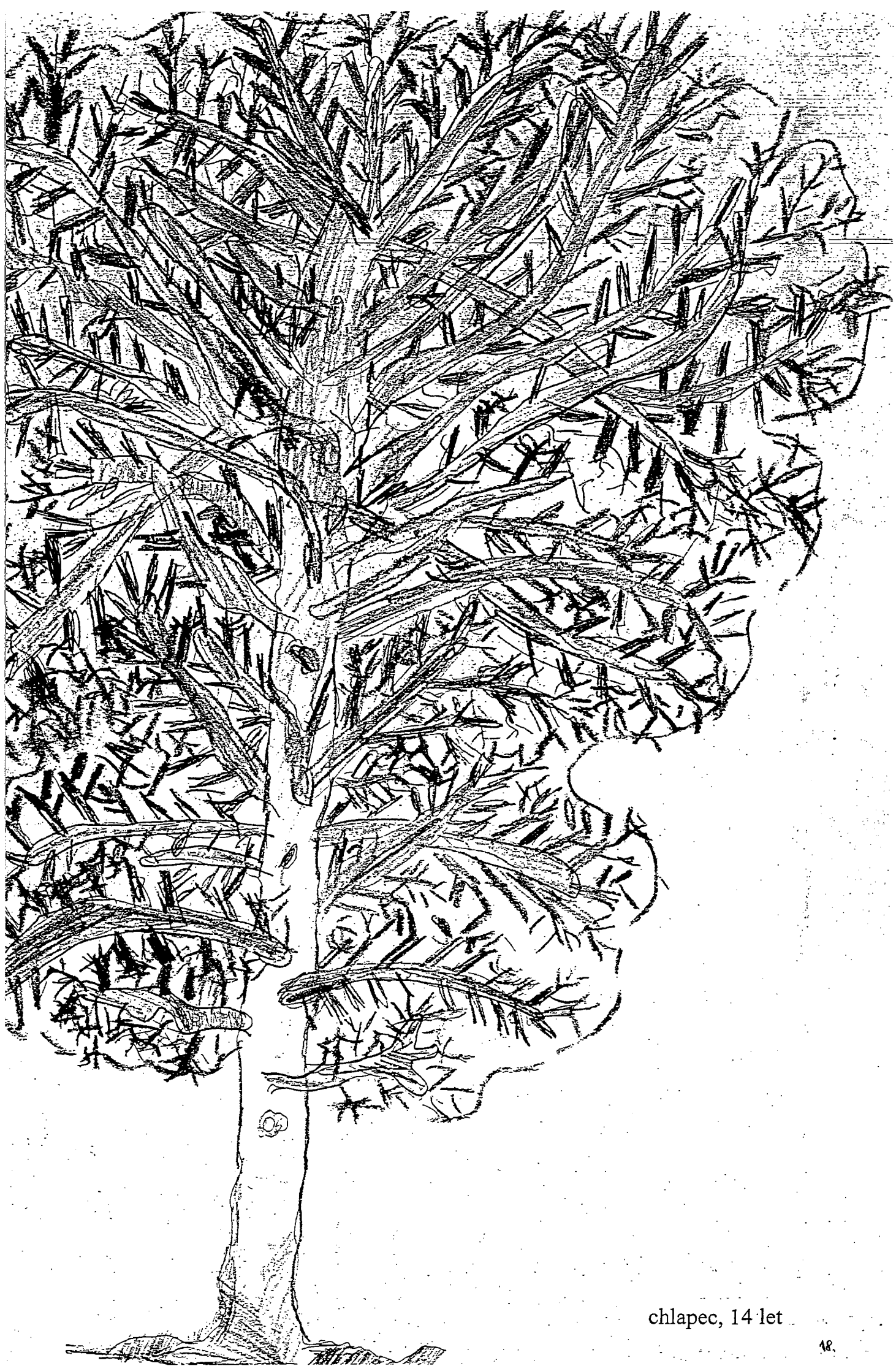
chlapec, 13 let ,



chlapec, 13 let



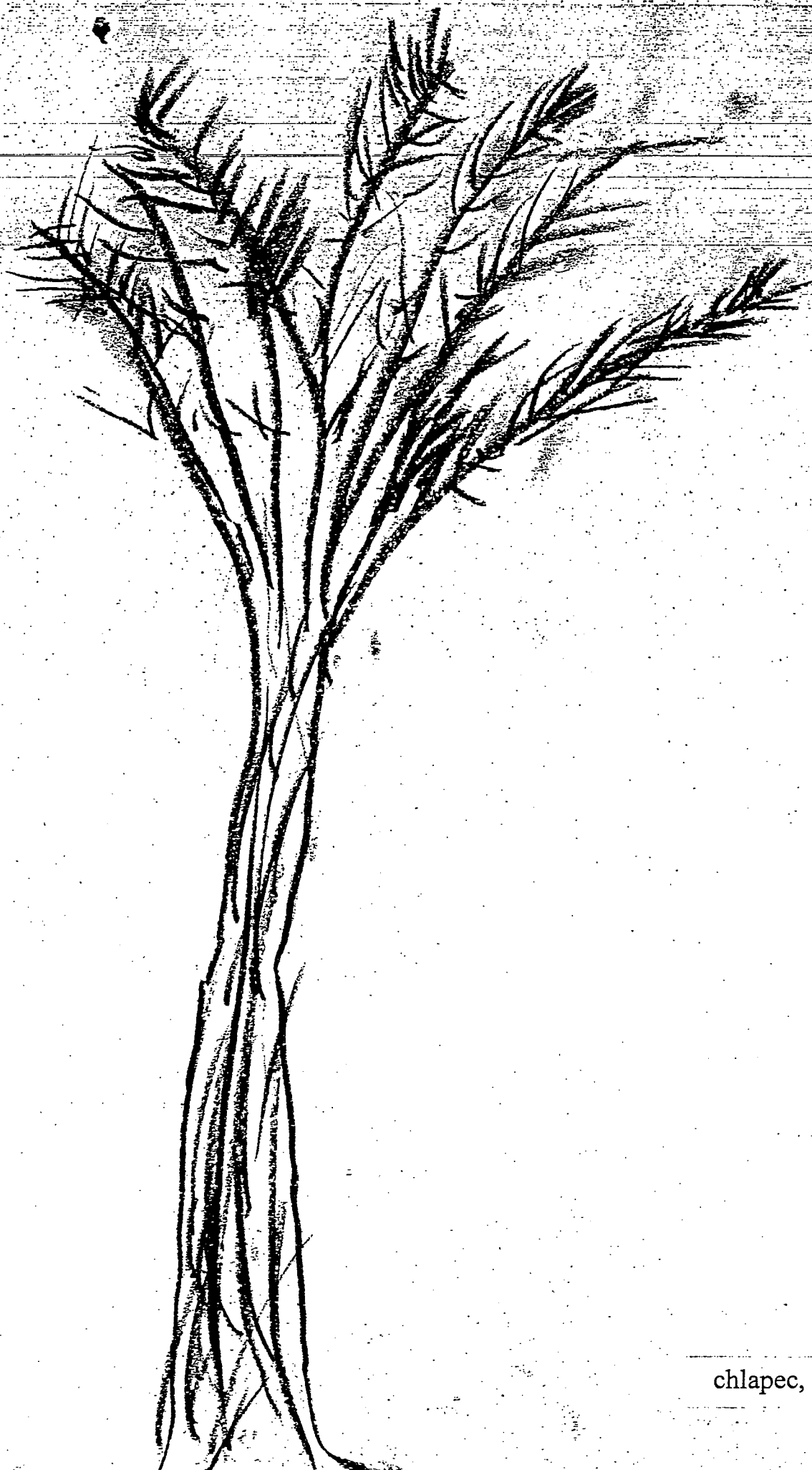
chlapec, 13 let



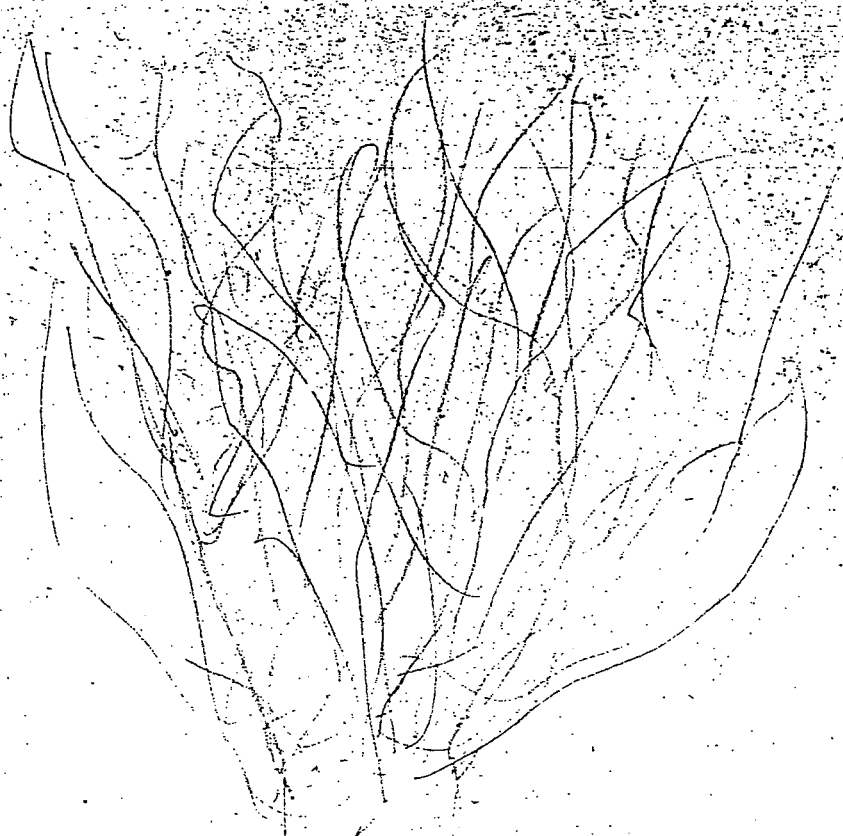
chlapec, 14 let



chlapec, 14 let



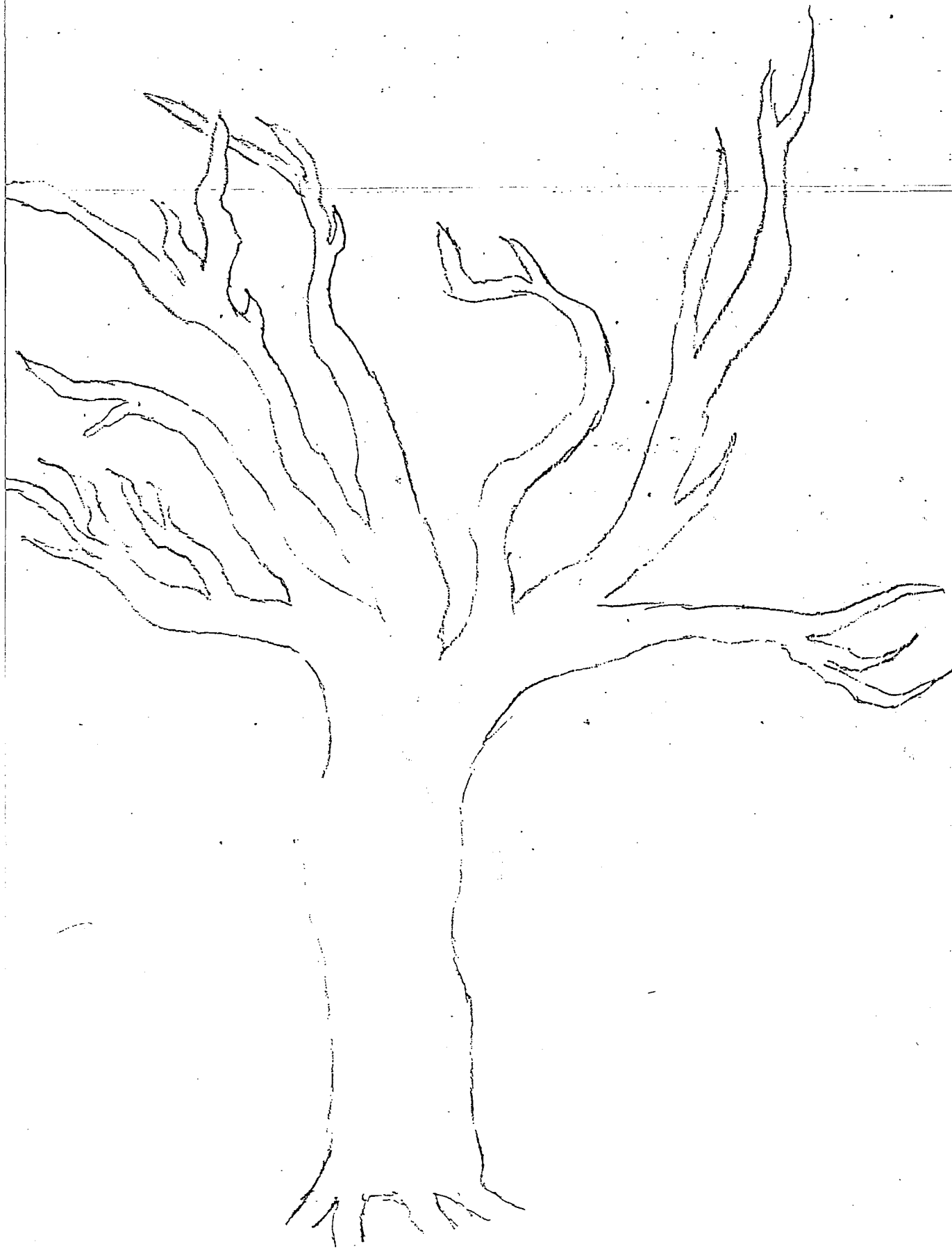
chlapec, 14 let



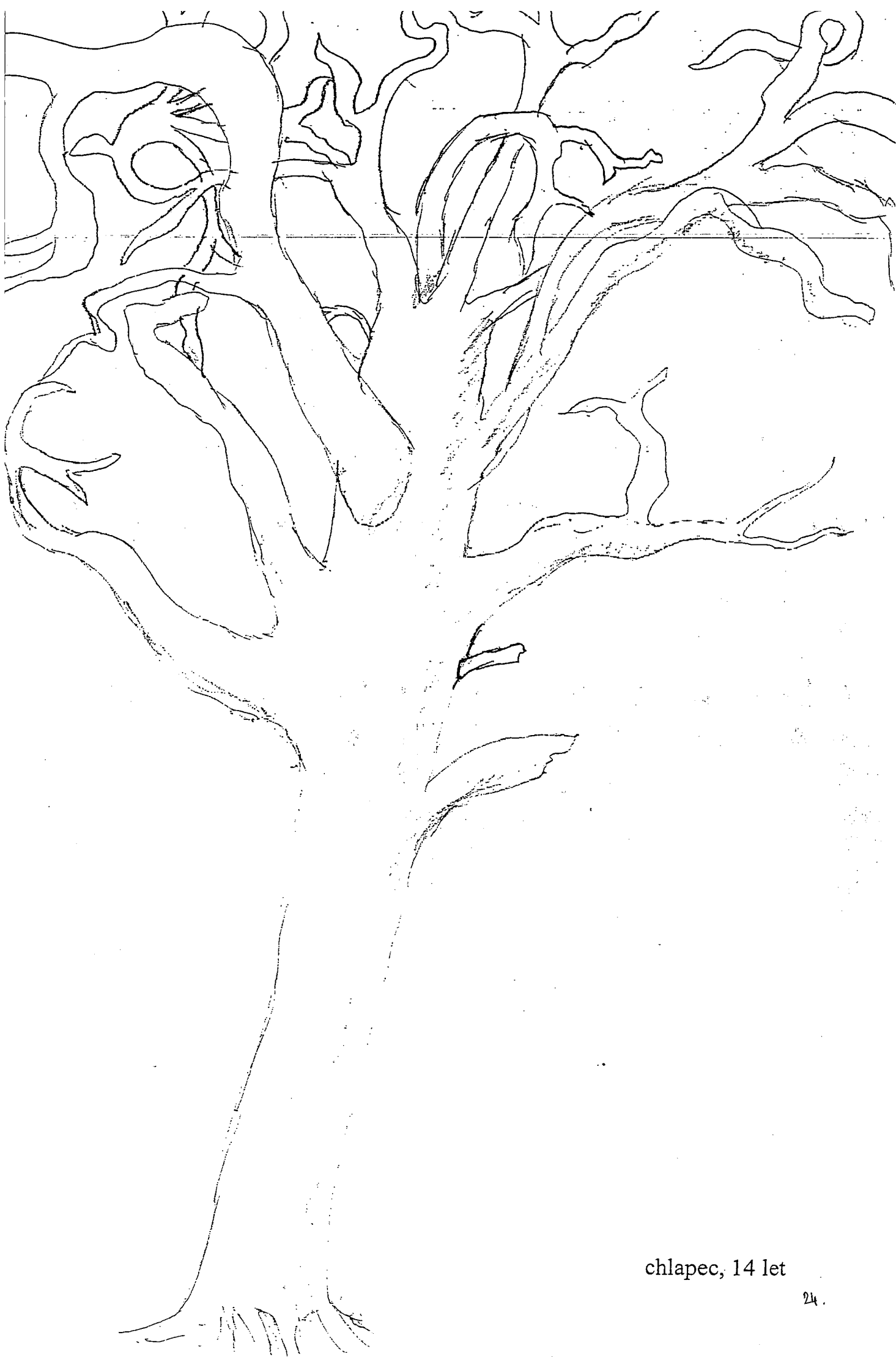
chlapec, 14 let



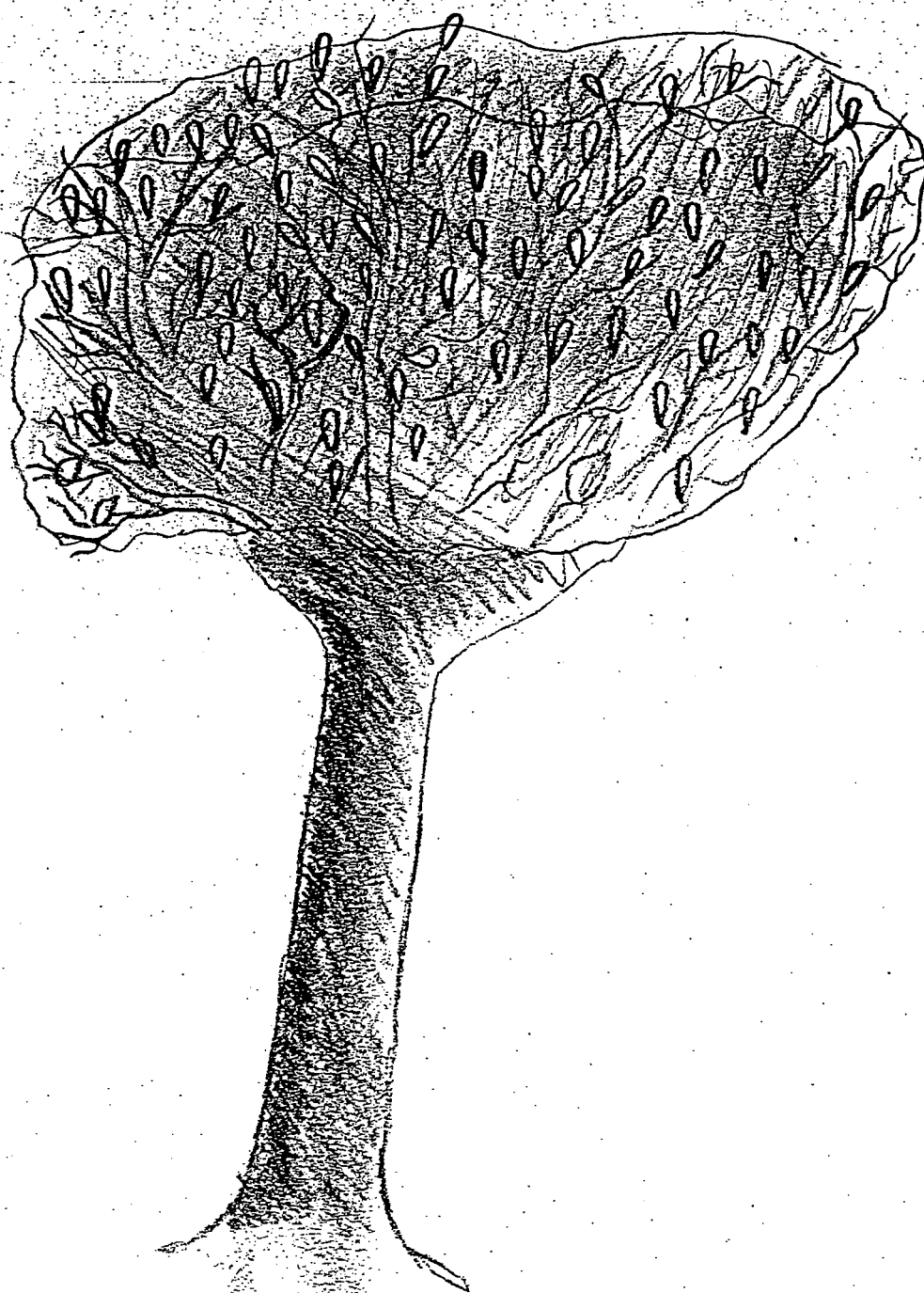
chlapec, 14 let



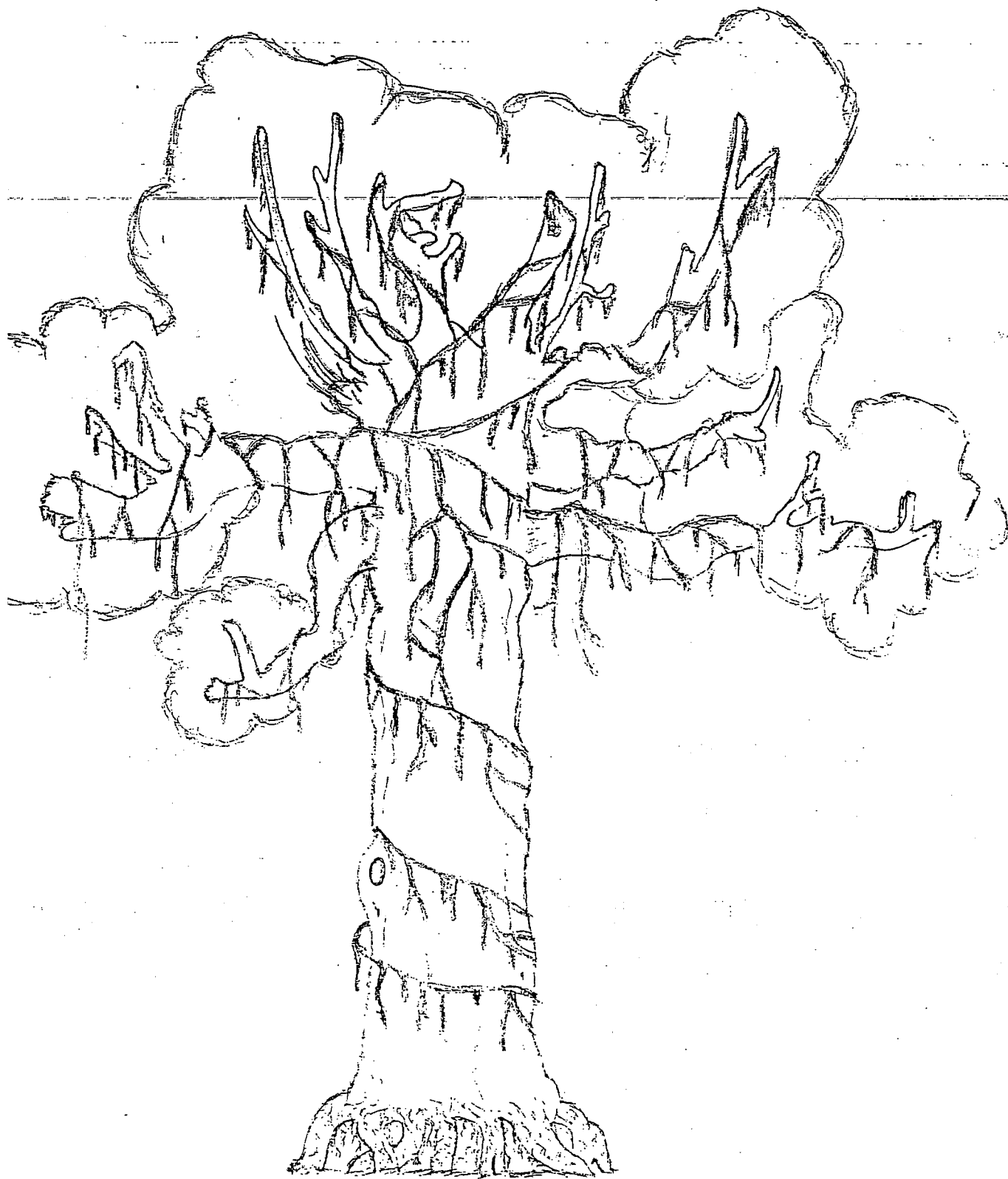
chlapec, 14 let .

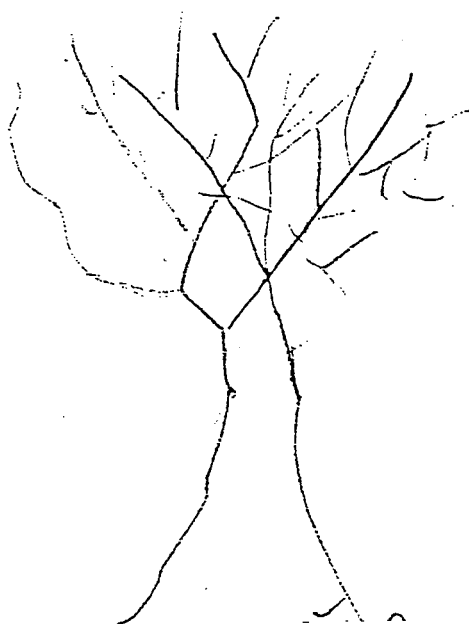


chlapec, 14 let

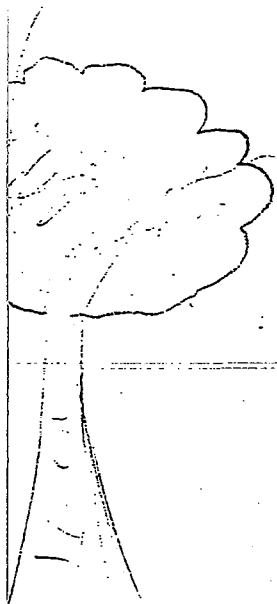


chlapec, 14 let





chlapec, 14 let



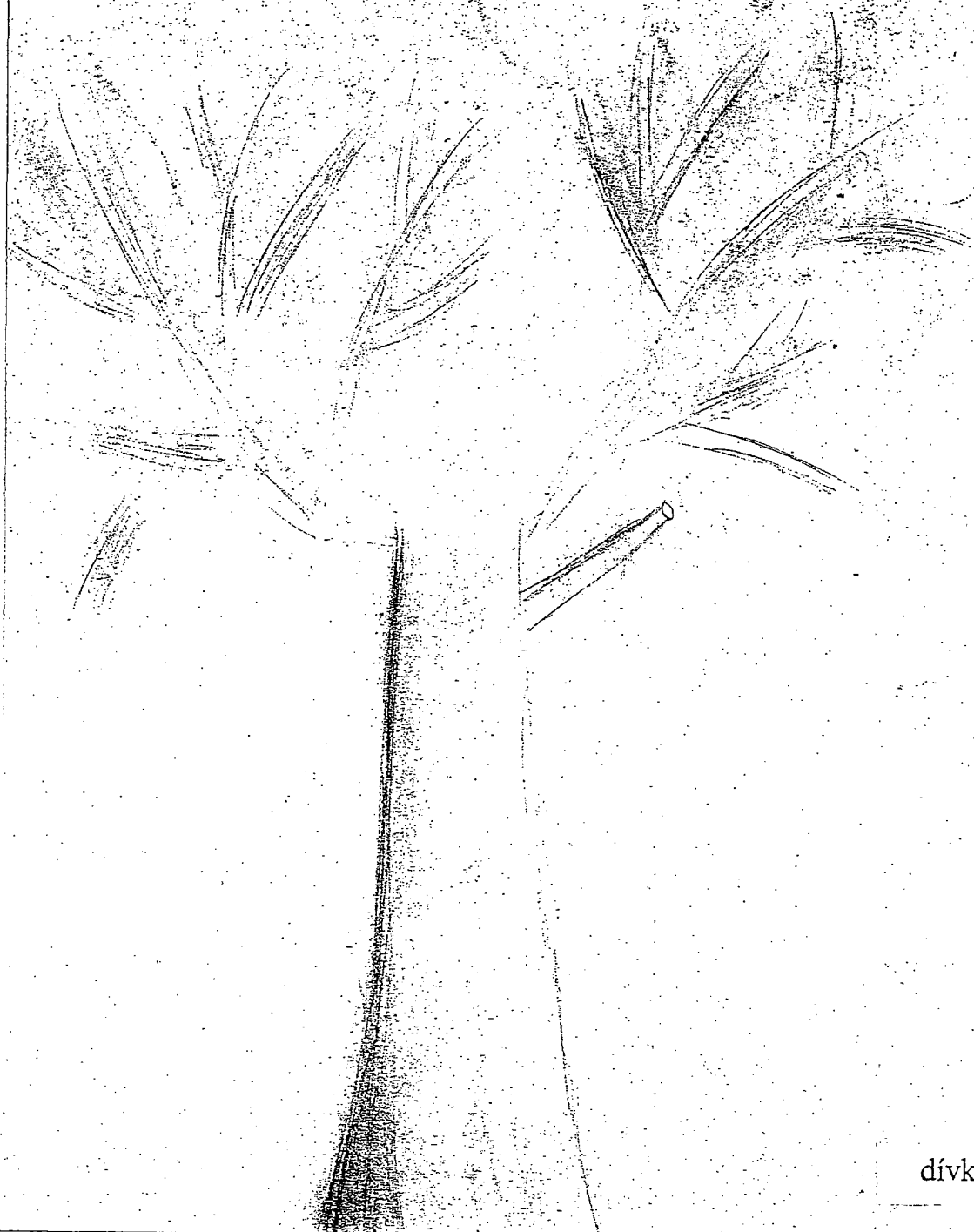
chlapec, 14 let



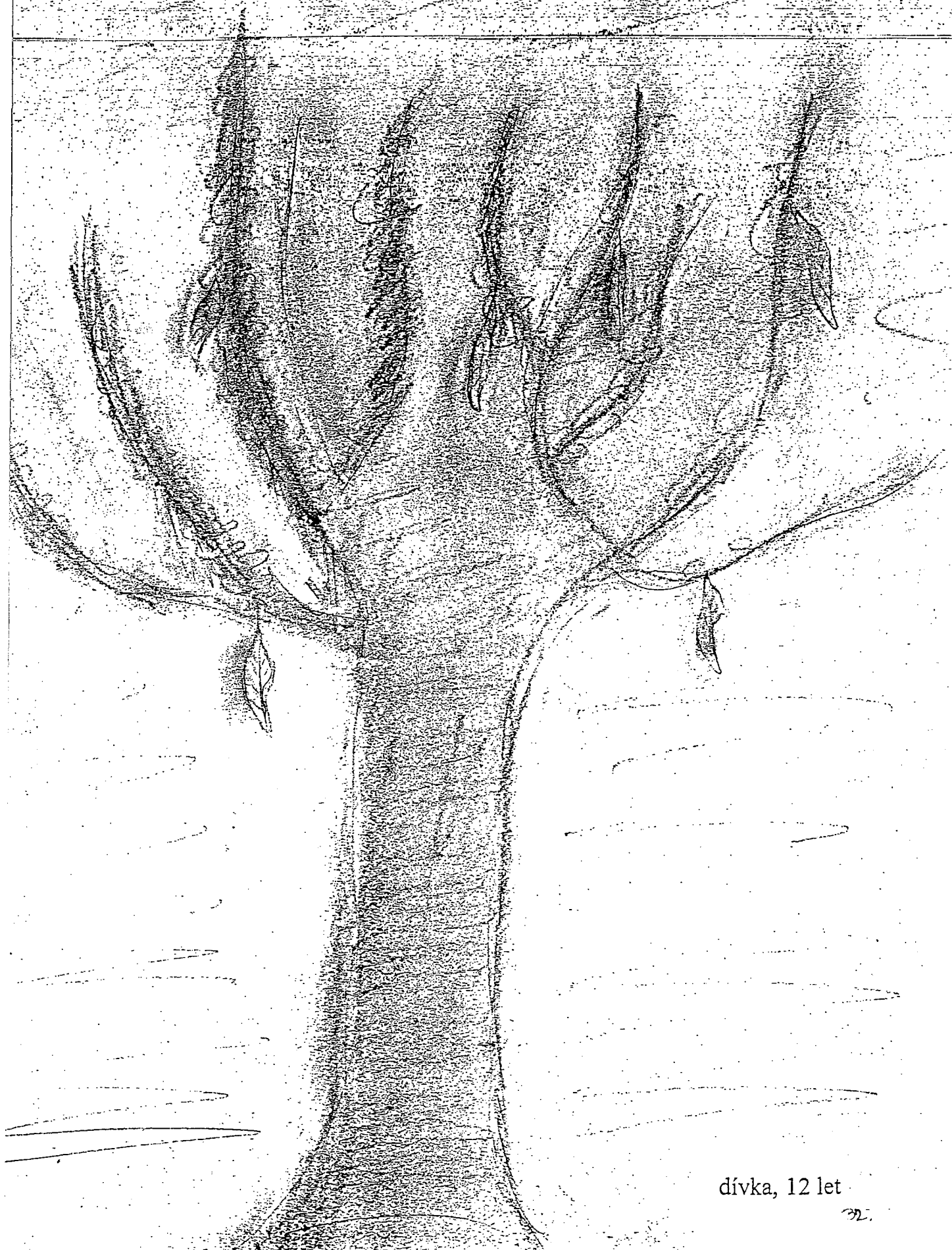
dívka, 12 let



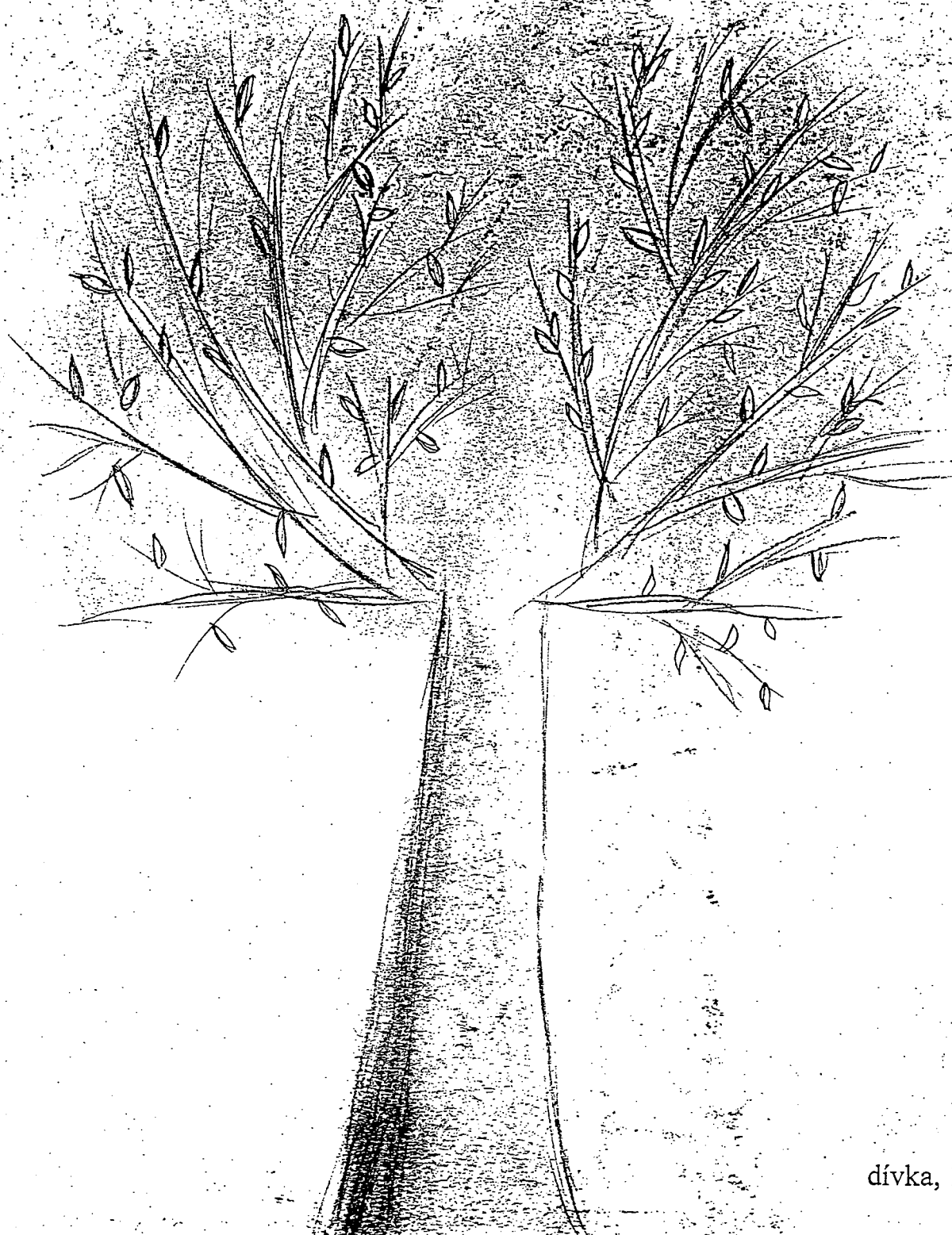
dívka, 12 let



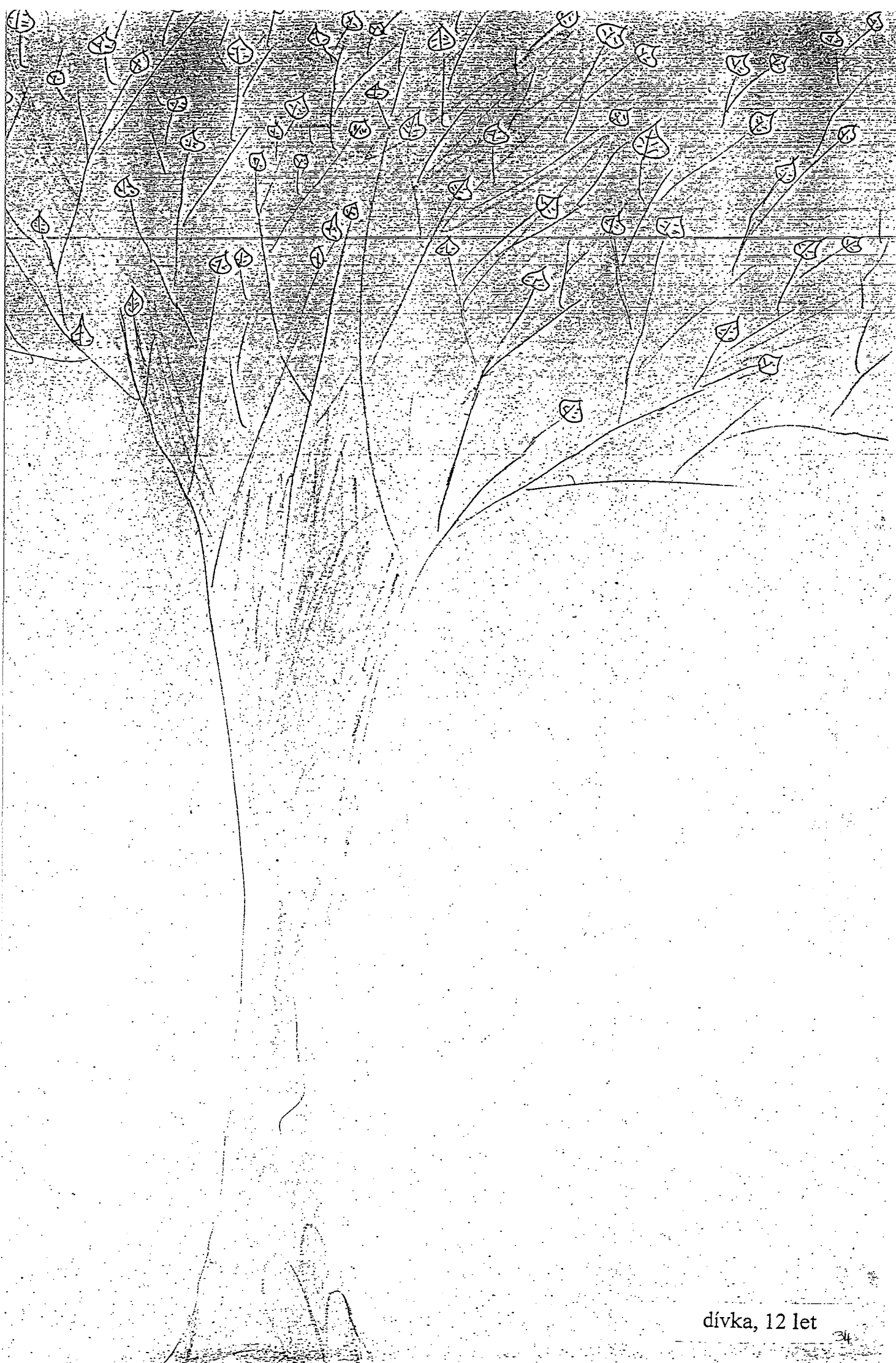
dívka, 12 let

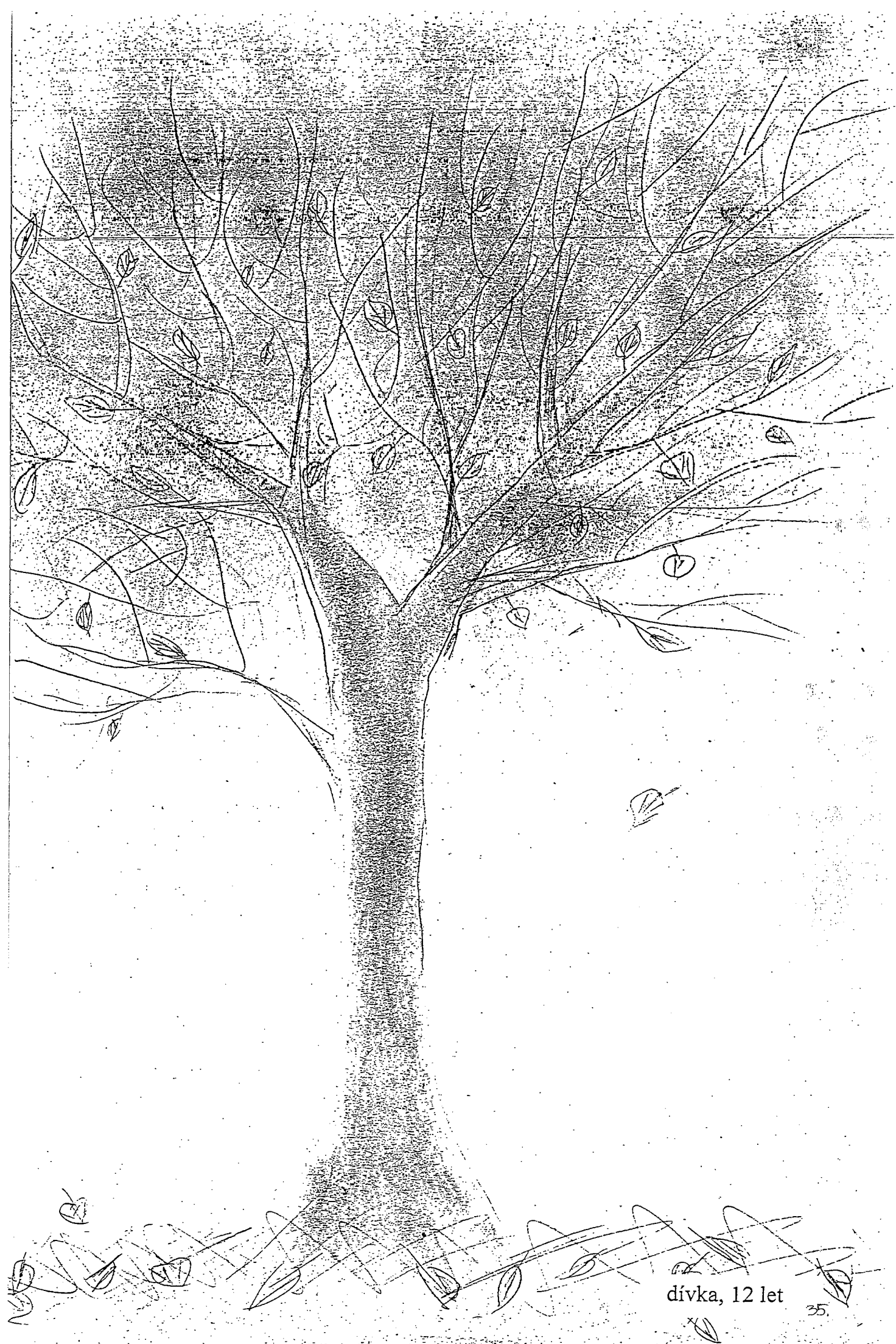


dívka, 12 let

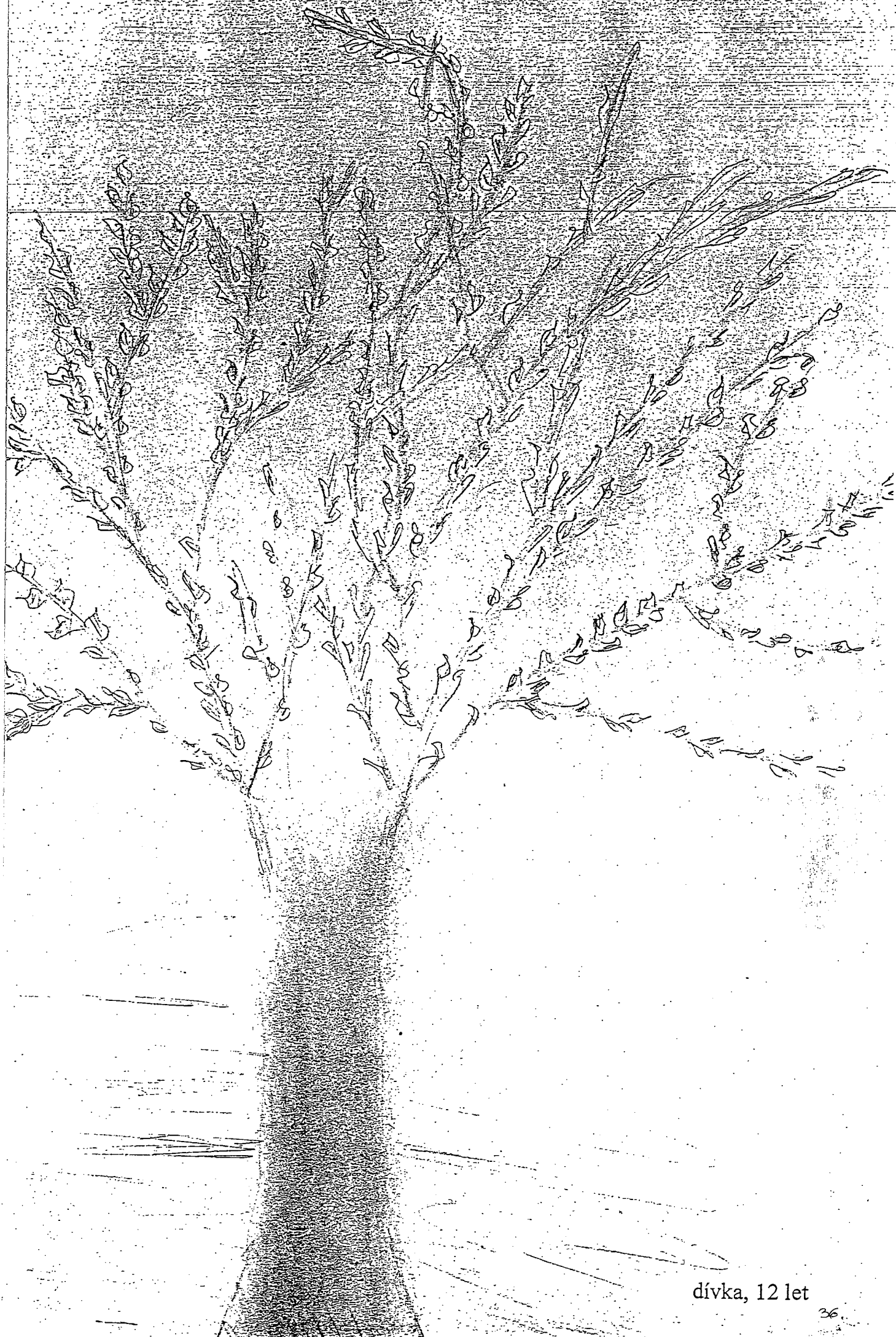


dívka, 12 let

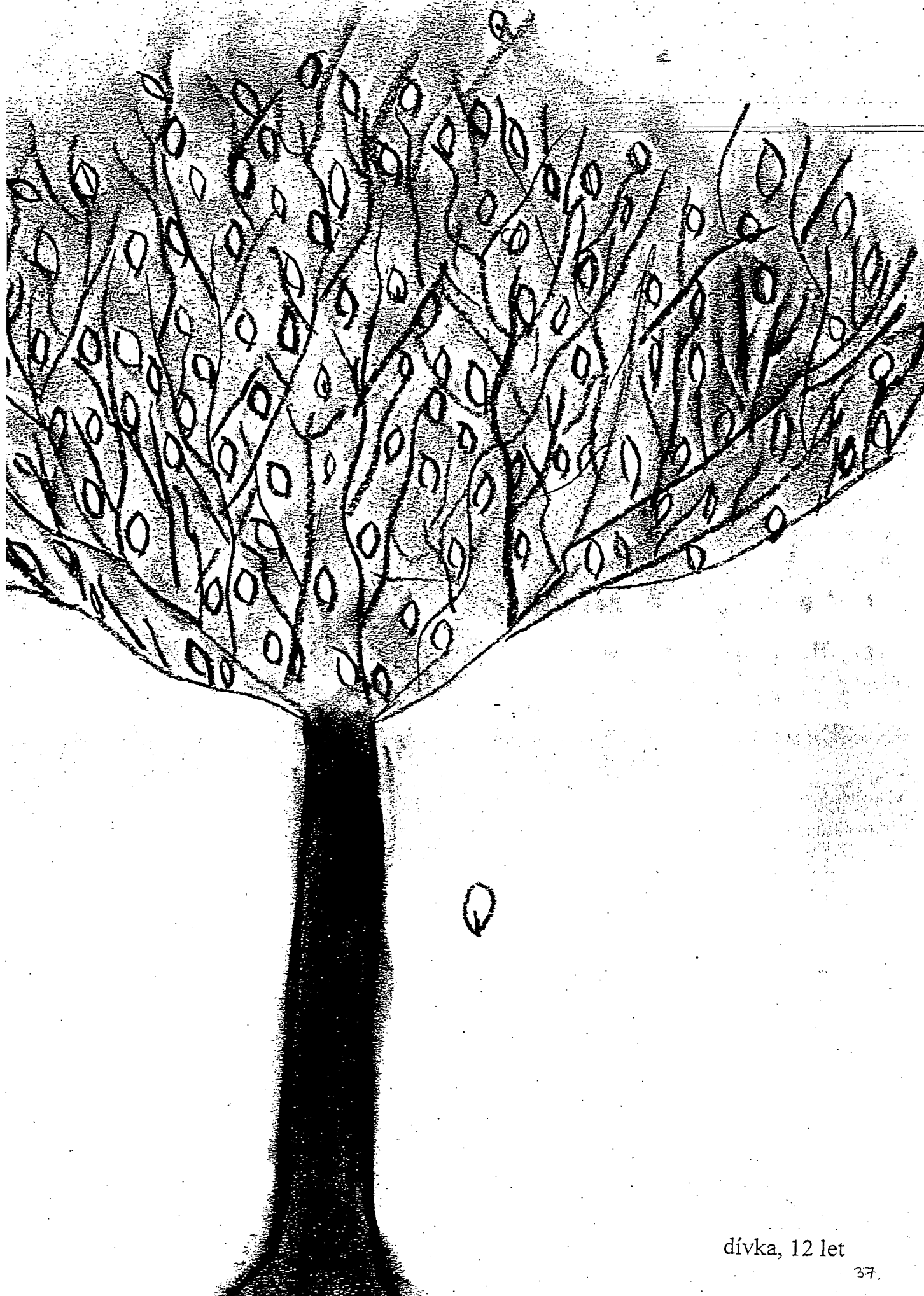




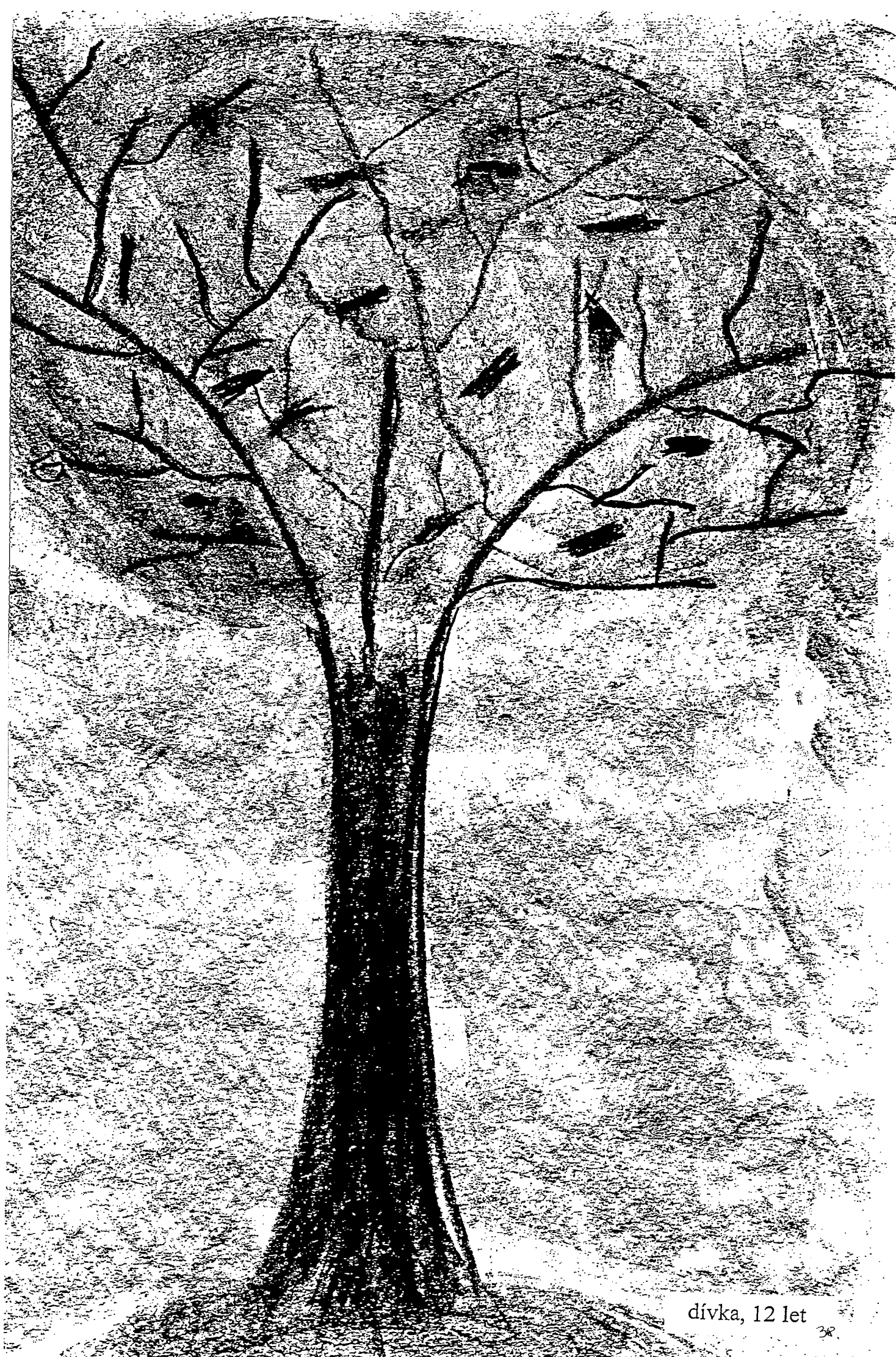
dívka, 12 let



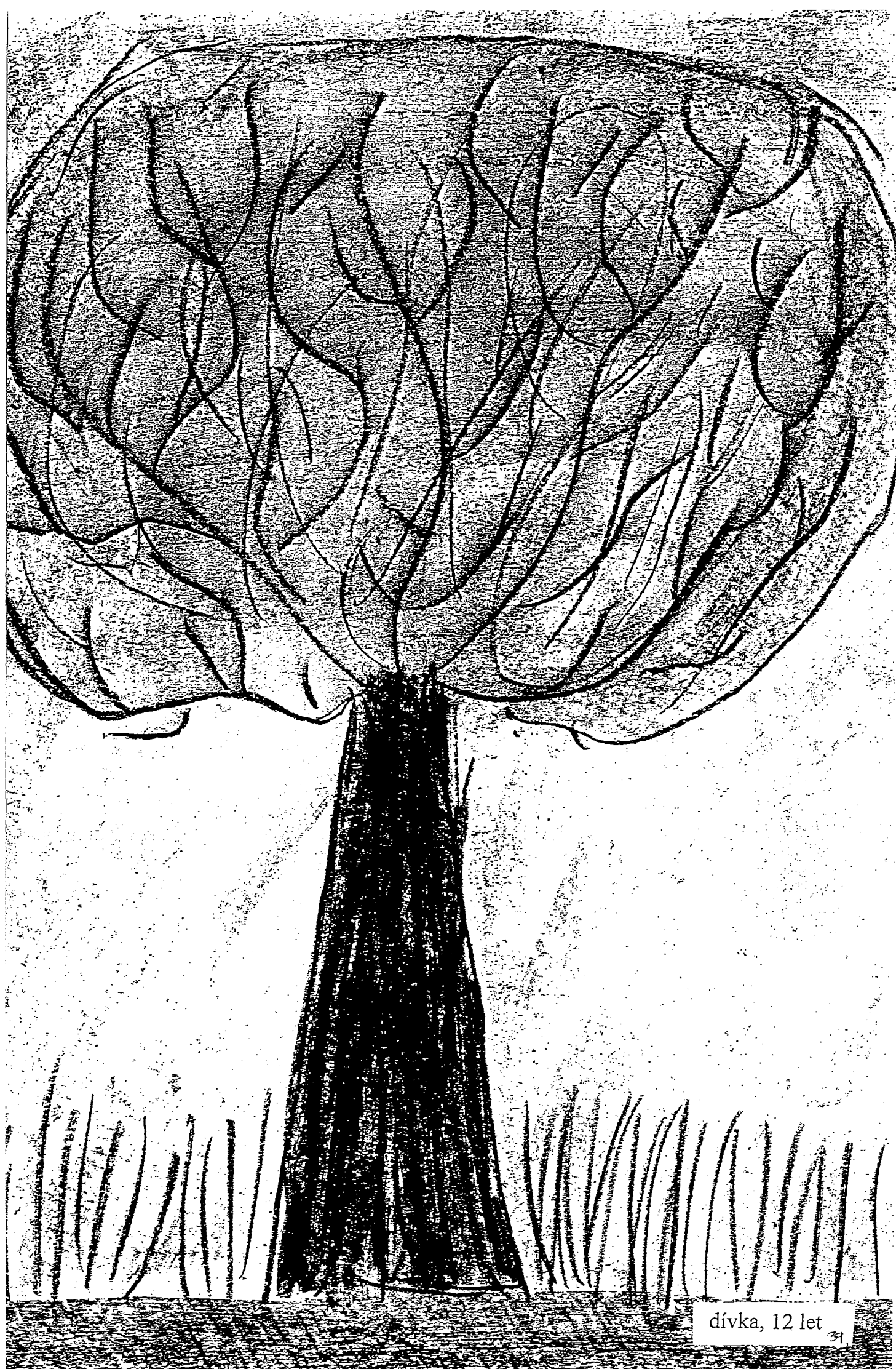
dívka, 12 let



dívka, 12 let



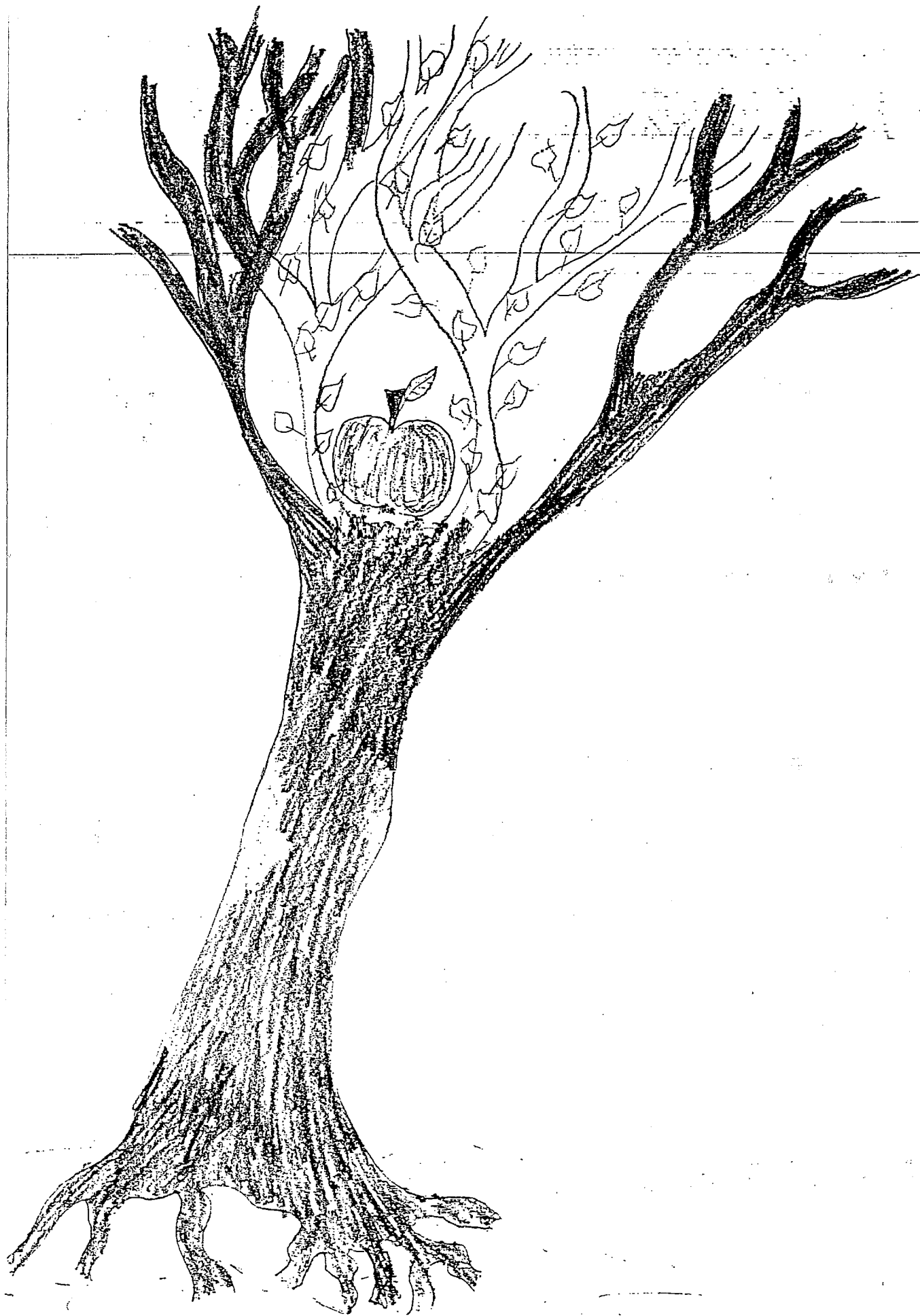
dívka, 12 let



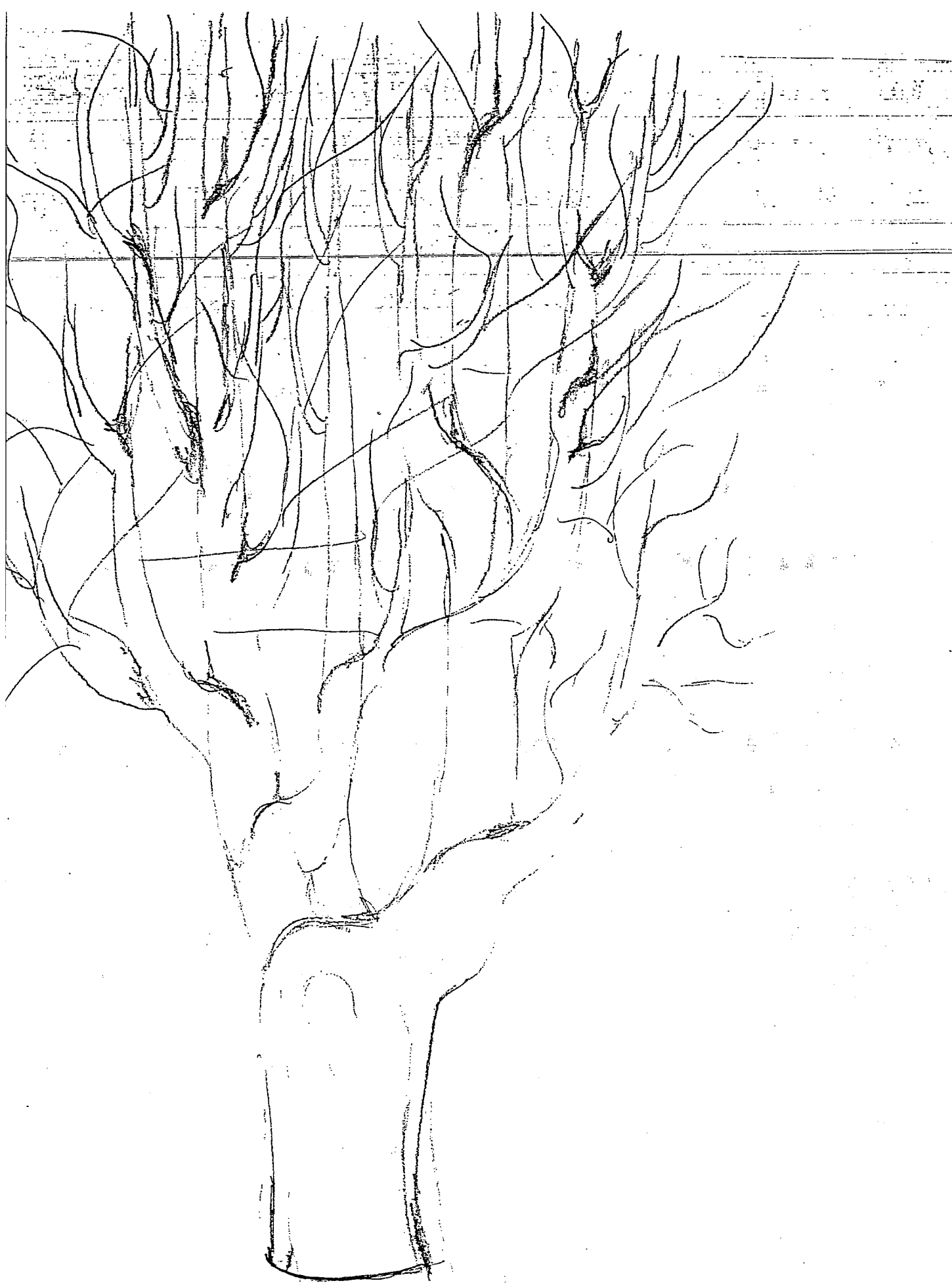
dívka, 12 let



dívka, 12 let



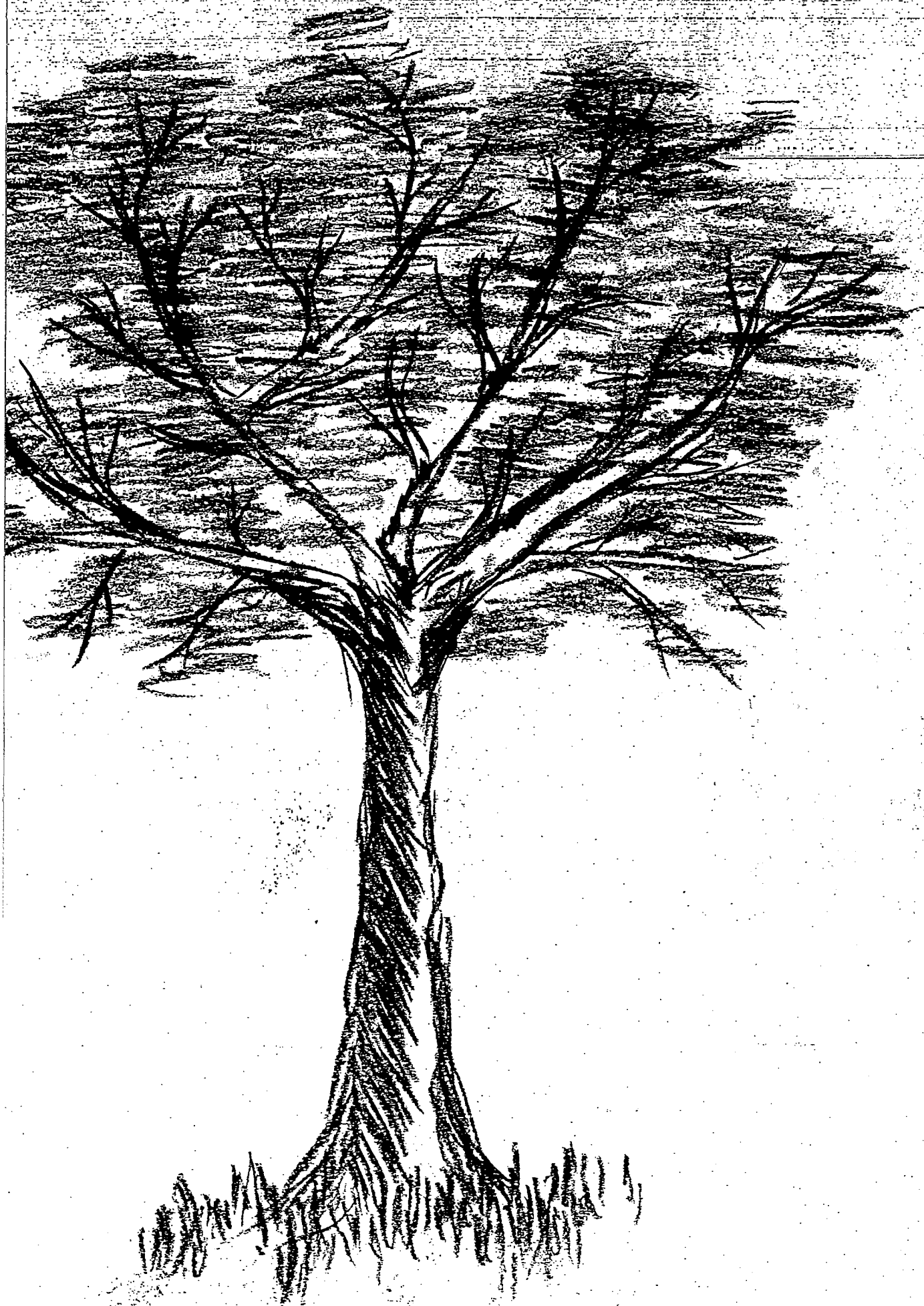
dívka, 13 let



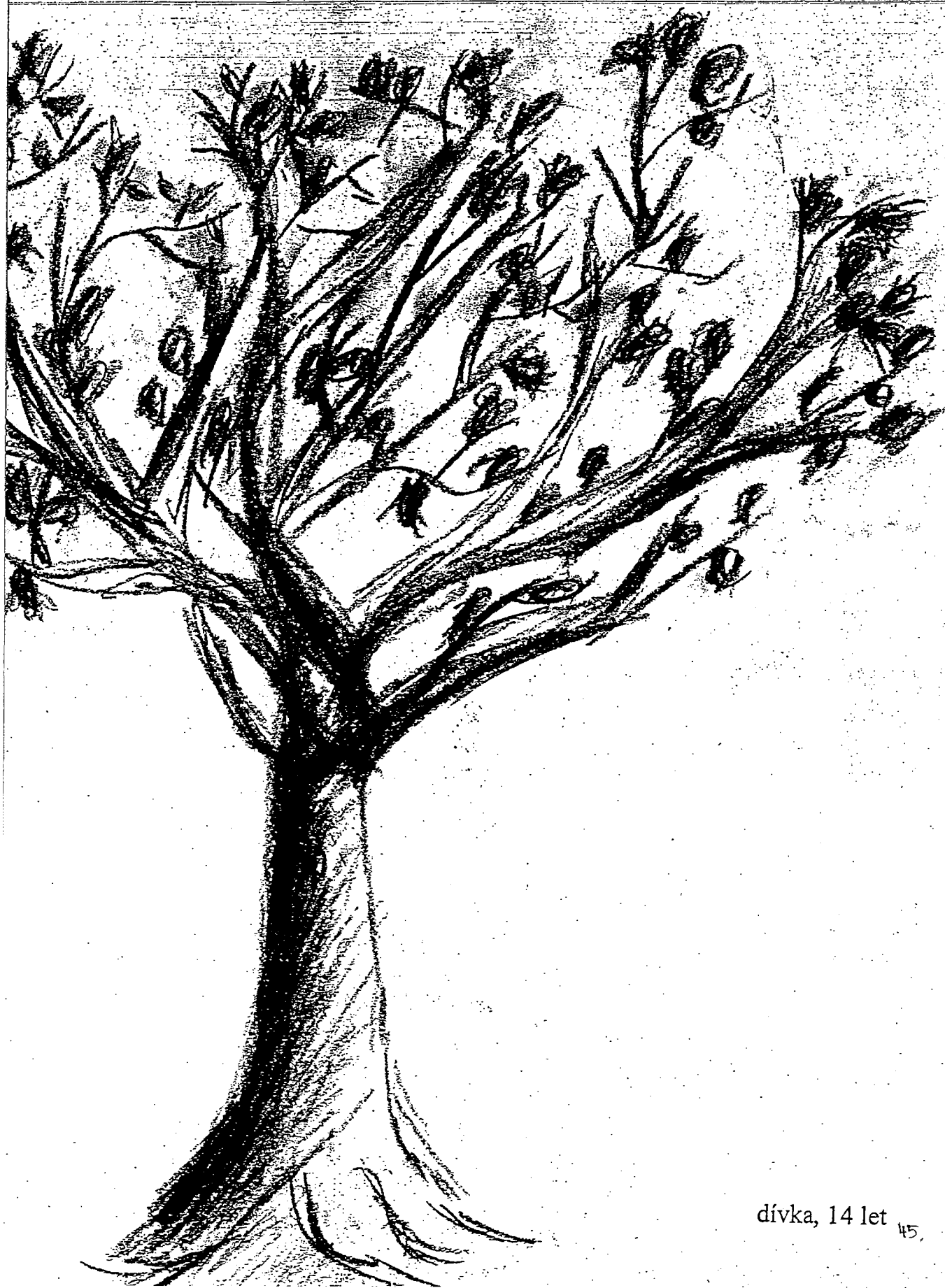


dívka, 14 let

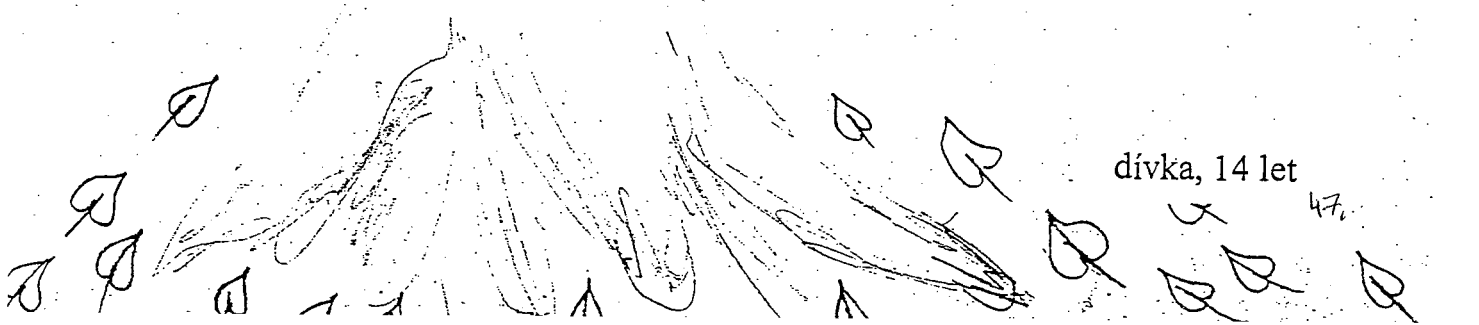
43,



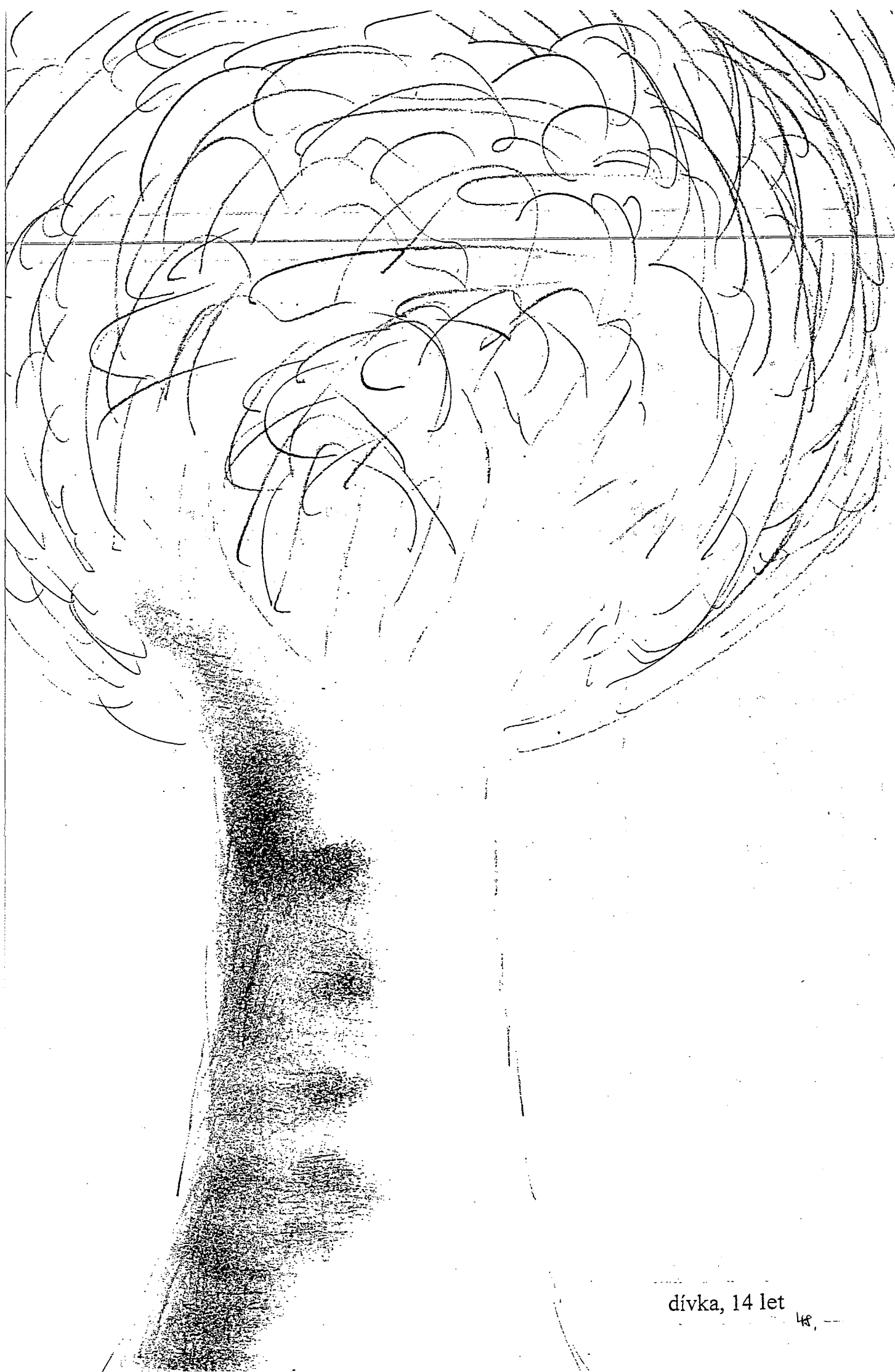
dívka, 14 let





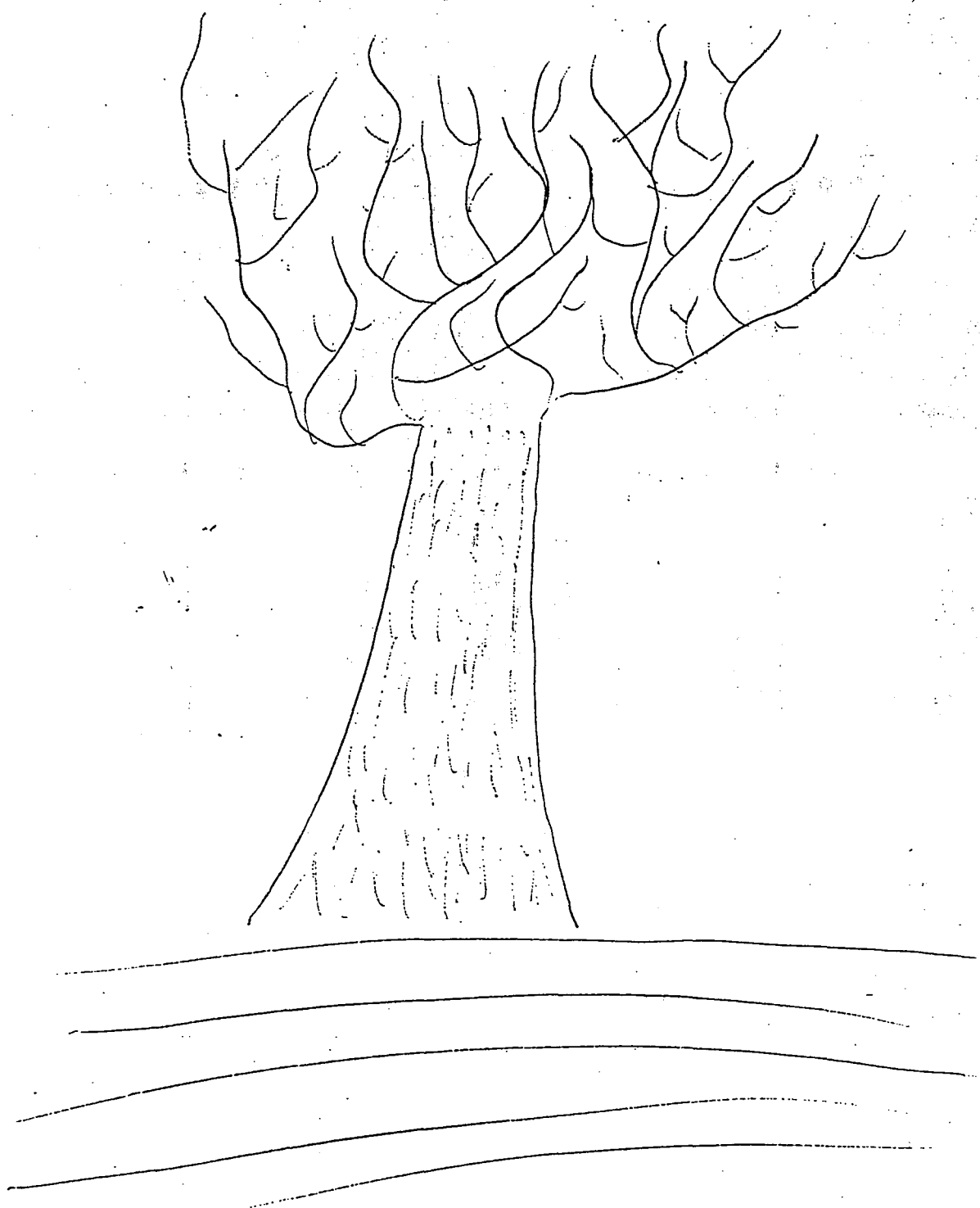


dívka, 14 let



dívka, 14 let

48, --



dívka, 14 let

